



Tecnología de asistencia

Diario Oficial de RESNA

ISSN: (Impreso) (Online) Portada de la revista: <https://www.tandfonline.com/loi/uaty20>

Satisfacer las necesidades de TA en las crisis humanitarias: el estado actual de la provisión

Golnaz Whittaker, Gavin Adam Wood, Giulia Oggero, Maria Kett y Kirstin Lange

Para citar este artículo: Golnaz Whittaker, Gavin Adam Wood, Giulia Oggero, Maria Kett y Kirstin Lange (2021) Satisfacer las necesidades de TA en las crisis humanitarias: el estado actual de la provisión, tecnología de asistencia, 33:sup1, S3-S16, DOI: [10.1080/10400435.2021.1934612](https://doi.org/10.1080/10400435.2021.1934612)

Para enlazar a este artículo: <https://doi.org/10.1080/10400435.2021.1934612>



© 2021 UNICEF. Publicado por Taylor & Francis Group, LLC en nombre de RESNA.



Publicado en línea: 24 de diciembre de 2021.



Envíe su artículo a esta revista [↗](#)



Vistas del artículo: 1605



Ver artículos relacionados [↗](#)



Ver datos de Crossmark [↗](#)



Citando artículos: 2 Ver artículos citando [↗](#)



Satisfacer las necesidades de TA en las crisis humanitarias: el estado actual de la provisión

Golnaz Whittaker, MAa, Gavin Adam Wood, PhDa, Giulia Oggero, MScb, Maria Kett, PhDc, y Kirstin Lange, MSCD

Ginebra, a Sección Humanitaria, Oficina de Investigación Innocenti de UNICEF, Florencia; b Unidad de Acceso a Tecnología de Asistencia y Dispositivos Médicos, OMS, Suiza; c Instituto de Epidemiología y Salud, UCL, Londres; y Global Disability Innovation Hub, Londres, Reino Unido; d Sección de Discapacidad, División de Programas, UNICEF, Nueva York, EE. UU.

RESUMEN

Los sistemas de coordinación humanitaria reconocen y apuntan cada vez más a responder a las necesidades de las personas con discapacidad dentro de las poblaciones afectadas por crisis, impulsados por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), que se adoptó en 2006. Muchas agencias declaran su objetivo de Cumplir con los requisitos de la CDPD utilizando un enfoque de "doble vía": garantizar la inclusión de las personas con discapacidad en la provisión general, junto con el apoyo específico para sus necesidades, que puede incluir la necesidad de tecnología de asistencia (AT). Sin embargo, hay muy poca evidencia de provisión de AT en entornos humanitarios, que es una necesidad específica y urgente para muchas personas, incluidos los ancianos y las personas con discapacidades, y un requisito implícito del artículo 11 de la CDPD y la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la mejora del acceso a la tecnología de asistencia.

También hay poca evidencia de mecanismos efectivos para la provisión de TA en entornos humanitarios. Esto es a pesar de los altos y crecientes niveles de necesidad de TA insatisfecha en las crisis, y a pesar del requisito legalmente vinculante en la CDPD de proporcionar TA para quienes la necesitan. La provisión de TA enfrenta desafíos únicos en entornos humanitarios. Este documento analiza la evidencia disponible en la literatura sobre la escala y la calidad de las intervenciones de provisión de TA en crisis, y lo que se sabe sobre los desafíos y facilitadores de la provisión. Realizamos una búsqueda de la literatura académica y conservamos la literatura que informaba sobre cualquier forma de provisión de TA después de una crisis, donde la respuesta humanitaria internacional estaba en marcha, publicada en inglés entre enero de 2010 y junio de 2020. Encontramos muy pocos ejemplos en esa literatura académica de provisión sistemática y coordinada de TA en la etapa aguda de la crisis, y menos aún en las etapas de preparación y post-aguda. Sin embargo, es difícil evaluar si esto es el resultado de una atención académica insuficiente o refleja una falta de provisión. El pequeño cuerpo de literatura académica que describe la provisión de TA en entornos humanitarios pinta una imagen de provisión a pequeña escala, especializada en tipos únicos de deficiencias y proporcionada predominantemente por ONG. También realizamos una búsqueda en la literatura gris, utilizando los mismos criterios de inclusión, en dos países: Afganistán y Sudán del Sur (estudios de casos próximamente). Esta literatura gris proporcionó evidencia complementaria de los tipos de proveedores de TA y provisión de TA disponibles en esas crisis prolongadas. Hay muy pocos ejemplos de cómo se pueden ampliar los servicios de TA (desde una línea de base muy baja) y mantenerlos de manera sostenible dentro de un sistema de salud fortalecido. La literatura también describe más ejemplos de provisión de productos de asistencia para la movilidad sobre productos de asistencia para otras deficiencias. Si la escasez de literatura sobre la provisión de TA en entornos humanitarios es un reflejo de la escala de provisión, esto implica una deficiencia en la respuesta humanitaria cuando se trata de proporcionar a las personas con necesidades de TA los productos y servicios esenciales a los que tienen derecho, y lo que les permitirá acceder a asistencia básica vital. Concluimos brindando recomendaciones para acciones urgentes que la comunidad humanitaria y de TA deben tomar para llenar este vacío crítico en la provisión de productos y servicios esenciales para un grupo potencialmente marginado y excluido.

HISTORIA DEL ARTÍCULO

Aceptado el 20 de mayo de 2021

PALABRAS CLAVE

emergencias y desastres naturales; política y legislación; prestación de servicios

Introducción

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) representa un hito en cuanto a la definición de las responsabilidades de los gobiernos y otros actores humanitarios en la respuesta a emergencias. El artículo 11 de la CDPD establece que los Estados Partes "deberán tomar [...] todas las medidas necesarias para garantizar la protección y seguridad de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y la ocurrencia de desastres naturales" (Naciones Unidas, 2006).

La tecnología de asistencia (TA) abarca los sistemas, servicios y productos que mantienen o mejoran el funcionamiento y la independencia de un individuo, promoviendo así su bienestar (OMS, 2013). Existe una brecha urgente y creciente en el acceso a la TA para personas con limitaciones funcionales en la asistencia humanitaria.

ajustes. Tanto el número de crisis como el número de personas afectadas por crisis está aumentando (World Confederation for Physical Therapy, 2016) y más en países de ingresos bajos y medianos (LMIC), donde las estimaciones indican que el acceso a la TA ya es limitado y cumple tan poco como 5-15% de la población que lo necesita (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2014).

Aunque hay escasez de datos de prevalencia, es más probable que los LMIC tengan tasas más altas de discapacidad en todos los grupos demográficos (Organización Mundial de la Salud, 2011), incluso antes de que llegue la crisis. Como notaremos, los contextos humanitarios ofrecen un conjunto particular de desafíos, incluidos los relacionados con el acceso, la seguridad, la coordinación y la equidad, que hacen que establecer ecosistemas de TA que funcionen sea especialmente desafiante en comparación con otros contextos, incluidos los LMIC.

A medida que han disminuido las tasas de mortalidad en las crisis, ha aumentado la tasa de supervivientes con discapacidad (Reinhardt et al., 2011; Sheppard & Landry, 2016). La CDPD define la discapacidad como "deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir la participación plena y efectiva [de una persona] en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (Naciones Unidas, 2006).

Los sobrevivientes pueden adquirir una discapacidad a través de lesiones sufridas como resultado directo de una crisis o indirectamente a través de impactos negativos a largo plazo en la infraestructura, la seguridad alimentaria (Devakumar et al., 2014), la pobreza, la salud (Khan, Amatya, Gosney, Rathore, Burkle et al., 2015a; Reinhardt et al., 2011) y desplazamiento (Danquah et al., 2015). Además de la creciente tasa de discapacidad, el envejecimiento de la población y la mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles en todo el mundo significan que podemos esperar que las necesidades de TA en situaciones de crisis continúen creciendo.

Las crisis humanitarias empeoran los desafíos en el medio ambiente. Las personas pueden perder o dañar sus productos de asistencia o vivir en asentamientos informales inaccesibles como resultado del desplazamiento. En estas circunstancias, incluso aquellos con deficiencias preexistentes que antes no eran incapacitantes pueden descubrir que no pueden funcionar como antes (OMS, 2011).

En resumen, los contextos humanitarios pueden tener una mayor prevalencia de discapacidad debido a la pobreza y otras causas subyacentes. Las limitaciones preexistentes se ven exacerbadas por conflictos y desastres que presentan nuevas barreras para el acceso y la provisión, y los contextos humanitarios también presentan una carga de casos de personas con discapacidades recientes y aquellos cuyos dispositivos se pierden o dañan después de un desastre.

La CDPD deja en claro que los Estados partes deben garantizar que la TA se proporcione equitativamente a todos los que la requieran (Borg et al., 2011). En las crisis humanitarias, las agencias responsables de la respuesta humanitaria, incluidos el gobierno nacional y las agencias de la ONU, deben trabajar juntas para cumplir con los requisitos de la CDPD. Al hacerlo, deben considerar tres grupos de personas con necesidades de TA (Tataryn & Blanchet, 2012): (i) personas que adquieren una discapacidad recientemente como resultado de los efectos inmediatos o a largo plazo de la crisis, que en algunos casos puede representar solo una minoría de personas con necesidades de TA; (ii) las personas que perdieron o dañaron su producto de asistencia en la crisis, nuevamente, es probable que sean un número relativamente pequeño dada la escasez de disponibilidad de productos en la mayoría de los entornos previos a la crisis; y (iii) aquellos que tienen necesidades de TA no identificadas que aún no han sido satisfechas, incluso antes de la crisis (Tataryn & Blanchet, 2012).

Es probable que este tercer grupo sea el más grande.

Las crisis humanitarias ejercen presión sobre los sistemas preexistentes de provisión de atención médica y, por lo tanto, también es probable que restrinjan cualquier sistema preexistente de provisión de TA (Bar-On et al., 2011; Nagai et al., 2007). Los desafíos incluyen la creciente población con necesidades de TA, que puede incluir personas recién desplazadas que dependen del apoyo humanitario. Esto podría coincidir con un éxodo de profesionales y expertos locales con un papel en la atención médica y la rehabilitación debido al deterioro de la situación humanitaria. Los sistemas de distribución de AT enfrentan muchos obstáculos prácticos en contextos humanitarios, incluidos

Restricciones de seguridad e imposibilidad de acceso a zonas controladas por diferentes grupos políticos. Al igual que con otros tipos de provisión de servicios, la provisión de TA también puede verse restringida por cuestiones políticas, por ejemplo, políticas gubernamentales sobre elegibilidad para recibir atención médica y servicios de TA en un sistema nacional, lo que puede excluir refugiados y personas desplazadas, o restricciones a las importaciones, como pilas para audífonos.

Si bien los actores humanitarios deben reconocer la provisión de TA como una prioridad, existen varios desafíos para hacerlo. Estos incluyen cómo identificar las necesidades de TA en contextos humanitarios y cómo coordinar la cobertura de esas necesidades a escala de manera oportuna y en entornos con poca o ninguna arquitectura existente de provisión de TA. Esto se ve agravado por los desafíos en materia de adquisiciones, distribución y recursos. Este documento examina esos desafíos y explora las barreras y los facilitadores para enfrentarlos.

Metodología

Esta revisión temática tiene como objetivo proporcionar una descripción general del conocimiento académico disponible sobre la provisión de TA en entornos humanitarios. Se realizó una revisión de la literatura utilizando términos clave para la búsqueda, basándose en literatura relacionada con el desarrollo de estrategias de búsqueda relacionadas con personas con discapacidad (p. ej., HK Brown et al., 2020; loerger et al., 2019; Walsh et al., 2014). Esto provocó los siguientes términos clave "discapacidad" y "responsabilidad humanitaria"; ("crisis humanitaria"; "intervención humanitaria"; "acción humanitaria") "unicef"; "niño"; "adolescente" "una agencia"; "desastre"; "conflicto"; "crisis"; "perjudicar"; "lesión"; "tecnología de asistencia" ("dispositivos de asistencia"; "productos de asistencia") "terapia ocupacional"; "fisioterapia"; "prótesis"; "orto"; "conformación del mercado"; "médico de desastres"; "médico de emergencia"; "rehabilitación*." Empleamos operadores AND, OR con variaciones de esos términos. Solo artículos que fueron (a) escritos en inglés; (b) escritos entre enero de 2010 y la fecha de la búsqueda (30 de junio de 2020) se incluyeron para garantizar que capturáramos el conocimiento más actualizado sobre las mejores prácticas. La inclusión de la discapacidad y la provisión de TA en entornos humanitarios son áreas de investigación y práctica relativamente incipientes, por lo que se considera poco probable que los artículos de más de diez años brinden evidencia relevante para la práctica actual.

Se realizaron búsquedas electrónicas en las siguientes bases de datos: Cochrane Library; ERIC (ProQuest); Global; índice médico; Google Académico; Instrumentos de Salud y Psicosociales (HAPI); MEDLINE (Ovidio); base de datos de Oriente Medio y África (ProQuest); base de datos de Ciencias Políticas (ProQuest); base de datos de salud pública (ProQuest); PubMed; Política y práctica social. Se eligieron esas bases de datos porque se utilizan ampliamente en la investigación sobre atención de la salud y la investigación sobre el desarrollo internacional. Para identificar artículos que pueden haberse perdido en nuestras búsquedas en la base de datos, buscamos manualmente las listas de referencias de las revisiones sistemáticas y de alcance clave relacionadas con el campo de la tecnología de asistencia en entornos de bajos recursos y agregamos artículos adicionales que se ajustan a los criterios. Esto provocó 702 artículos. Estos documentos se descargaron en el gestor de referencias de Mendeley. Después de eliminar los duplicados, quedaron 593 artículos.

¹La evidencia para este artículo se extrajo de una búsqueda realizada para una próxima revisión de la literatura sobre el acceso y la provisión de tecnología de asistencia para niños en entornos humanitarios. Nuestra búsqueda bibliográfica no se limitó al tema de la tecnología de asistencia para niños (a fin de capturar tantos ejemplos de suministro de TA como sea posible, entendiendo que es probable que haya pocos servicios especializados para niños). Por lo tanto, utilizamos los resultados de esa búsqueda bibliográfica como base para este resumen.:

Dos revisores eligieron de forma independiente qué artículos debían excluirse según los criterios acordados; los revisores discutieron los casos en los que no estaban de acuerdo y utilizaron a un tercer revisor como juez para resolver cualquier desacuerdo. Excluimos la literatura sobre países de ingresos altos según las clasificaciones de países del Banco Mundial. Dada la paucidad de la literatura, se incluyeron todos los artículos independientemente del diseño del estudio. Se incluyeron comentarios publicados, artículos de opinión, relatos de primera mano y actas de congresos si se publicaron en revistas acreditadas encontradas mediante las bases de datos buscadas. También excluimos elementos que eran inaccesibles en el momento de la revisión (por ejemplo, secciones de libros, a los que no se pudo acceder durante la pandemia de 2020).

Utilizamos los más de 70 artículos resultantes de nuestra búsqueda para comprender el contexto humanitario, el panorama de la orientación relacionada con la provisión de TA y las barreras y facilitadores de la provisión de TA. La gran mayoría de los artículos que encontramos solo mencionan la AT de pasada, o muy brevemente en contextos más amplios de rehabilitación física o servicios quirúrgicos. Para ser incluidos en nuestra sección sobre ejemplos de provisión de TA en entornos humanitarios, empleamos un criterio de inclusión adicional: los artículos tenían que proporcionar una descripción de los servicios de rehabilitación que incluyera alguna forma de provisión de productos o servicios de asistencia para personas con discapacidades después de una crisis, donde internacional respuesta humanitaria estaba en marcha en el momento de la intervención. Se excluyó toda la bibliografía que se centrara exclusivamente en la respuesta quirúrgica inmediata y el tratamiento médico de emergencia sin ninguna referencia a la provisión o rehabilitación de TA. También se excluyeron los artículos que no describían las intervenciones de provisión de TA (p. ej., estudios de prevalencia, análisis de necesidades). Solo 15 artículos restantes cumplieron los criterios de inclusión para esta segunda categoría.

Se llevó a cabo una revisión separada de la literatura gris sobre la provisión y el acceso a tecnología de asistencia en dos países de casos: Sudán del Sur y Afganistán. Realizamos búsquedas en los sitios web de más de 35 agencias que se sabe que tienen un papel en la prestación de servicios humanitarios en esos países de casos, según el conocimiento de campo del revisor y utilizando métodos de bola de nieve una vez que identificamos la literatura relevante sobre estos países de enfoque. Utilizamos términos de búsqueda basados en los de nuestra revisión de la literatura académica, adaptados a las funciones de búsqueda de cada sitio web. Incluimos solo artículos publicados en inglés, entre enero de 2010 y septiembre de 2020. Esto obtuvo 284 documentos, de los cuales 153 se referían a Afganistán, 131 a Sudán del Sur. La mayoría de estos se refirieron a programas de discapacidad que se centraron en la accesibilidad de los servicios para personas con discapacidad (es decir, no provisión de TA). Detallamos los pocos ejemplos de provisión de TA que encontramos.

¿Qué se sabe sobre las mejores prácticas?

Existe una gran cantidad de literatura y consenso (MacLachlan & Scherer, 2018) sobre lo que se debe considerar para la provisión efectiva de TA. Según la OMS y otras fuentes (MacLachlan & Scherer, 2018; Organización Mundial de la Salud, 2021), un ecosistema de TA eficaz debe

- estar centrado en el usuario, reconociendo que ningún usuario de TA es exactamente igual a otro; y los productos de asistencia deben adaptarse para ser apropiados a las necesidades y el contexto del usuario.
- contar con el apoyo de un entorno político propicio basado en el reconocimiento de los derechos de las personas con

discapacidades, y que aborda las barreras contextuales a la provisión.

- obtener productos apropiados, de alta calidad y asequibles que satisfagan las necesidades de la población y sean apropiados para el contexto en el que se utilizarán;
- Basarse en sistemas de adquisición efectivos para garantizar el suministro de TA confiable, de alta calidad y asequible.
- promover la identificación, capacitación y despliegue de personal de salud capacitado y competente.
- estar integrado en todos los niveles del sistema de salud (desde el nivel de atención de la salud comunitario, primario hasta el terciario); facilitar la prestación de servicios de TA rentables, accesibles, oportunos y centrados en el usuario y el uso de vías de derivación.
- Garantizar la recopilación periódica de datos (p. ej., a través de un censo nacional) para captar las necesidades, la demanda y las barreras para acceder a los productos de asistencia, así como la satisfacción de los usuarios de TA con sus productos y servicios de asistencia.

No hay evidencia sobre cuál es el modelo más efectivo de provisión de TA en una crisis humanitaria, que probablemente dependa en gran medida del contexto. Sin embargo, la respuesta humanitaria debe reconocer todos los componentes anteriores mientras se adapta a los desafíos particulares planteados por situaciones humanitarias muy diversas.

También hay una falta general de evaluaciones sistemáticas de "lo que funciona" para la inclusión de la discapacidad en entornos humanitarios en general (Análisis de brechas (Elrha, 2020); Mejora de la inclusión social y el empoderamiento de las personas con discapacidad en low, 2018); por lo tanto, tal vez no sea sorprendente que haya poca evidencia sobre los mejores modelos de provisión de TA en crisis. Las pocas revisiones disponibles tienden a centrarse en la provisión de fisioterapia (y algo de terapia ocupacional limitada) y, aunque suelen ser favorables, a menudo destacan la naturaleza ad hoc de los servicios y la falta de un modelo de servicio integral (Mousavi, Ardalan et al., 2019; Mousavi, Khorasani-Zavareh et al., 2019). También tienden a centrarse en la rehabilitación funcional, en lugar de objetivos más basados en los derechos, como la participación y la inclusión.

¿Qué orientación sobre la provisión de AT está disponible para los actores humanitarios?

Tras la adopción de la CDPD, los actores humanitarios, incluidos los gobiernos, las organizaciones internacionales y sin fines de lucro, han invertido cada vez más esfuerzos en el desarrollo de planes de preparación, respuesta y recuperación ante emergencias que incluyan la discapacidad. Se ha desarrollado una variedad de marcos y directrices para reflejar la importancia de incluir a las personas con discapacidad y a las personas mayores en la acción humanitaria, para responder a sus necesidades y requisitos, y garantizar que los productos de asistencia estén disponibles y sean asequibles en todas las fases del ciclo de emergencia. El Manual Esfera establece medidas e indicadores clave para garantizar que "las personas tengan acceso a medicamentos esenciales y dispositivos médicos [de asistencia] que sean seguros, eficaces y de calidad garantizada"; por ejemplo, que el 80% de las instalaciones deben estar equipadas con dispositivos médicos prioritarios y productos de asistencia (The Sphere Handbook, 2018). De manera similar, las Directrices para la facilitación y regulación interna del socorro internacional en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial, publicadas

por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, define las responsabilidades de los actores humanitarios y las características de la asistencia para la recuperación inicial, que debe ser "sensible a las necesidades especiales, si las hubiere, [...] de los ancianos, las personas con discapacidad y las personas que viven con el VIH y otras enfermedades debilitantes" (IFRC, 2014).

La OMS, UNICEF y organizaciones internacionales y sin fines de lucro como CBM, Humanity and Inclusion, ICRC y HelpAge han desarrollado pautas más específicas relacionadas con la salud y la discapacidad, la rehabilitación y el suministro de productos de asistencia en crisis humanitarias. La Nota de orientación sobre discapacidad y gestión de riesgos de emergencia para la salud (OMS, 2013), los Estándares mínimos para la inclusión de la edad y la discapacidad en la acción humanitaria (Collinson, 2015) y la Guía sobre la inclusión de niños con discapacidad en la acción humanitaria (UNICEF, 2017) resumen los pasos, las intervenciones y los estándares que los actores de la salud deben seguir para garantizar que haya apoyo específico disponible para adultos y niños con discapacidad, así como para las personas mayores. Los Estándares técnicos mínimos y recomendaciones para la rehabilitación (OMS, 2016) incluyen una lista de productos de asistencia esenciales y equipos de rehabilitación para la atención de traumatismos, así como habilidades mínimas de rehabilitación para la rehabilitación de traumatismos (como prescripción y ajuste de productos de asistencia). Las Directrices del IASC sobre la Inclusión de Personas con Discapacidad en la Acción Humanitaria (Inter-Agency Standing, (IASC) ca. 2019) establecen acciones esenciales que los actores humanitarios deben tomar en los sectores de educación, salud, medios de vida y WASH para responder de manera efectiva a las necesidades de las personas con discapacidad, incluida la provisión de recursos accesibles y productos de asistencia.

Si bien todos esos recursos incluyen información importante sobre lo que los actores deben hacer para abordar las necesidades y los requisitos de las personas con discapacidad y las personas mayores en la acción humanitaria, no se ha evaluado sistemáticamente hasta qué punto se han utilizado estas directrices para informar y coordinar la respuesta humanitaria, y las brechas en la provisión y el acceso siguen siendo amplias. Un estudio realizado por Humanity & Inclusion en 2015 mostró que menos de un tercio de los actores humanitarios involucrados declararon haber brindado TA en situaciones de emergencia.

Hay varios factores que podrían desafiar la utilización efectiva de las pautas relacionadas con la TA y su traducción a la práctica.

El primer factor se relaciona con el contenido de las propias directrices y normas, que a menudo describen lo que se debe hacer sin proporcionar información clara sobre los procesos y los recursos necesarios para garantizar que se satisfaga la necesidad de productos de asistencia: la orientación sobre "cómo hacerlo" es carente. Las acciones que los actores humanitarios deben emprender para mejorar el acceso a la TA no están vinculadas a los resultados, ni a los indicadores y procesos para lograr los objetivos. No se enfatizan los mecanismos para establecer y hacer cumplir la rendición de cuentas de las diferentes partes interesadas. Además, aunque la recopilación de datos sobre las necesidades de productos de apoyo se reconoce como una actividad importante, las directrices existentes no definen cómo se debe identificar la necesidad de productos de apoyo en situaciones de emergencia, incluidas las herramientas de recopilación de datos que se deben usar, las preguntas que se deben hacer, preguntado y quién debería ser responsable de traducir esos datos en el diseño del programa.

Hay una falta de orientación sobre qué productos de asistencia deben priorizarse en las políticas de almacenamiento o cómo deben adquirirse los productos en la fase aguda de la emergencia.

respuesta. Las Normas técnicas mínimas y recomendaciones para la rehabilitación de la OMS incluyen una lista de productos de apoyo esenciales para priorizar en una crisis humanitaria (OMS, 2016); sin embargo, no se describen los mecanismos de financiación eficaces, las estrategias de adquisición y las responsabilidades de los diferentes actores humanitarios involucrados en la adquisición y entrega de estos productos.

Una de las mayores lagunas en las directrices y estándares existentes para la acción humanitaria inclusiva está representada por la falta de información sobre los mecanismos de coordinación para ampliar la prestación de servicios y la capacitación de la fuerza laboral en contextos humanitarios. Muchos destacan la importancia de contar con personal capacitado y modelos de prestación de servicios basados en la evaluación centrada en las personas, la adaptación de productos de asistencia, el uso y el seguimiento; sin embargo, no se incluyen los procesos y responsabilidades para la distribución efectiva, la prestación de servicios y las opciones de desarrollo de capacidades del personal.

La atención limitada que se presta a los productos de asistencia dentro de los enfoques y herramientas reconocidos a nivel mundial para la evaluación de las necesidades humanitarias y la gestión de la respuesta también puede estar obstaculizando la adopción de esas directrices por parte de los agentes humanitarios. No hay indicaciones para incluir productos de asistencia en los componentes clave del ciclo del programa humanitario del IASC, como en las plantillas de descripción general de necesidades humanitarias y planes de respuesta humanitaria. Del mismo modo, no existen estándares mínimos para los productos de asistencia en la Guía del Grupo Sectorial de Salud, una guía desarrollada por la agencia líder del Grupo Sectorial, la OMS, y sus socios para garantizar que todas las partes interesadas relevantes puedan trabajar juntas durante una crisis humanitaria para lograr los objetivos de reducir la mortalidad y la morbilidad evitables, y discapacidad.

Otra barrera que limita la aceptación puede ser un enfoque limitado en algunas pautas sobre cómo se puede mejorar y ampliar la TA (y otros servicios relacionados con la salud) a través del fortalecimiento del sistema, particularmente los sistemas nacionales. En cambio, muchas pautas allanan el camino para el desarrollo de sistemas paralelos, que luego enfrentan un desafío común a muchas intervenciones humanitarias: cómo transferir intervenciones sostenibles al gobierno u otras agencias locales responsables a largo plazo, y unir el desarrollo humanitario continuo.

El establecimiento de mecanismos entre organismos para la coordinación de los procesos y los recursos necesarios para la evaluación, la adquisición y la prestación de servicios de productos de asistencia es clave para llevar las directrices existentes a la práctica. La programación de Agua, Saneamiento e Higiene (WASH) (ACNUR, 2011) puede ofrecer lecciones para el desarrollo de una guía práctica y accesible para la provisión de TA, que incluye: diagramas de flujo de decisiones para planificar evaluaciones de necesidades, marcos de monitoreo, listas de herramientas disponibles para recopilación de datos y detalles de las funciones y responsabilidades de las diferentes agencias.

Ejemplos de provisión de TA en entornos humanitarios

Gran parte de la orientación humanitaria sobre la provisión de TA analiza las responsabilidades de los actores humanitarios en tres fases: planificación de la preparación, la etapa aguda de una crisis y la etapa posterior a la aguda o de recuperación. En casos recientes como Siria, Afganistán y Sudán del Sur, la fase post-aguda puede conducir a un período prolongado de muchos años con escaladas periódicas o altos niveles sostenidos de necesidad humanitaria. Si bien los autores reconocen un cambio de paradigma en la respuesta humanitaria

lejos de ese marco de respuesta humanitaria de tres fases hacia una estrategia de respuesta holística para fortalecer los sistemas nacionales y apoyar la continuidad del programa de desarrollo humanitario, este documento sigue ese marco de tres fases para examinar la literatura disponible sobre la provisión de TA en cada una de estas etapas de crisis humanitarias.

La gran mayoría de los artículos que encontramos no detallaban la naturaleza de la provisión de TA en los entornos descritos.

En cambio, la mayoría (todos menos 15) se etiquetaron como documentos de antecedentes (que clasificamos de acuerdo con los otros temas de la revisión), incluyeron lecciones y orientación sobre la inclusión de personas con discapacidad en la respuesta y preparación para desastres (p. ej., Ronoh et al., 2015), o descripciones de necesidad (p. ej., Iezzoni & Ronan, 2010; Pryor et al., 2018) o prevalencia de discapacidad en crisis (p. ej., Mactaggart et al., 2016), que conservamos para brindar información contextual útil para nuestra revisión. Varios documentos fueron relatos experimentales de la experiencia de campo y no empíricos (p. ej., Landry et al., 2016; Sheppard & Landry, 2016), aunque notamos que dichos documentos pueden proporcionar información valiosa sobre cómo funcionan los sistemas en la práctica, lo que puede mejorar nuestra comprensión de provisión en la práctica. Encontramos solo 15 artículos académicos que describen intervenciones específicas para proporcionar TA en entornos humanitarios, que se analizan a continuación. Esta escasez refleja indicaciones que se encuentran en otras partes de la literatura; por ejemplo, una revisión sistemática de la literatura de 2015 sobre la efectividad de las intervenciones de rehabilitación en desastres naturales, que identificó 10 estudios relevantes, de los cuales solo 2 hicieron referencia a la provisión de dispositivos de asistencia (Khan, Amatya, Gosney, Rathore, Burkle Jr et al., 2015b).

Planificación de la preparación: Encontramos un ejemplo en la literatura académica de almacenamiento de AT que se incluye en la planificación de la preparación en entornos donde se han producido crisis humanitarias. Esto fue en Nepal antes del terremoto de 2015 (Landry et al., 2016) (citando (Patil, 2015)): aunque no hay evidencia de hasta qué punto los enfoques adoptados cumplieron o no cumplieron con las necesidades de TA. Un informe de la OMS que examina la preparación para desastres en Filipinas después del tifón Haiyan encontró que las reservas probablemente eran insuficientes para satisfacer las necesidades de TA (Llewellyn & Lewis Gargett, 2018). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que en los LMIC con recursos limitados, es poco probable que el almacenamiento sea una solución realista para prepararse para las necesidades de TA relacionadas con la crisis, dado que esos países no logran en ningún caso satisfacer ni siquiera una pequeña fracción de las necesidades de TA que existen antes de la crisis, y mucho menos dentro de una crisis. También notamos que hay varios ejemplos en la literatura de provisión de TA en entornos que son propensos a desastres o vulnerables, lo que podría denominarse parte de los esfuerzos de fortalecimiento del sistema de salud. Si bien estos pueden no identificarse explícitamente como parte de la planificación de la preparación, de hecho son partes cruciales de la mitigación de crisis relacionadas con la TA (p. ej., Borg & Östergren, 2015; Magnusson et al., 2013; Ogunkeyede et al., 2017).

Etapas agudas: Once artículos describieron los detalles de la provisión de TA inmediatamente después de una crisis. La literatura sugiere que, donde existen, los servicios de rehabilitación coordinados que incluyen TA tienden a ser proporcionados por equipos extranjeros vinculados con los servicios médicos de emergencia establecidos para aumentar o liderar la capacidad nacional abrumada en la etapa aguda de una crisis, por ejemplo, en Haití (Marie Knowlton et al., 2012) e Irán (Mousavi, Khorasani-Zavareh et al., 2019), donde las intervenciones de TA se realizaron en hospitales a través de una colaboración entre ONG y capacidad nacional, y en Cachemira (Ali et al., 2010);

Keshkar et al., 2014), donde se demostró que la provisión principalmente a través de sistemas gubernamentales con el apoyo de ONG tiene buenos resultados. Un documento sobre la provisión de rehabilitación después del terremoto de Haití describe brevemente cómo "Los socios internacionales también suministraron a los hospitales ayudas para la movilidad y dispositivos de asistencia para aumentar la independencia y la participación de los heridos en los terremotos" (Sheppard & Landry, 2016). Un documento describió cómo "a los pocos días" del terremoto de 2010 en Haití, Handicap International (ahora Humanity and Inclusion) comenzó a realizar evaluaciones de necesidades para informar la respuesta de rehabilitación, que incluía servicios de prótesis y órtesis. Entre enero y noviembre de 2011, 27 proveedores proporcionaron 1800 prótesis, 2000 aparatos ortopédicos, más de 4500 sillas de ruedas y casi 10 000 ayudas para caminar (Marie Knowlton et al., 2012). Se estableció un grupo de trabajo de discapacidad y rehabilitación de lesiones, dirigido por ONG y asociado con el gobierno. El gobierno haitiano lideró la satisfacción de las necesidades de las personas con discapacidades preexistentes, y el grupo de trabajo abordó la respuesta de rehabilitación humanitaria (Marie Knowlton et al., 2012). El documento cita este medio de coordinación, en el que la discapacidad se convirtió en un área de enfoque dentro del sistema de grupos temáticos de la ONU, como un factor clave en el éxito de la respuesta de rehabilitación (Marie Knowlton et al., 2012).

Profesionales acreditados en el extranjero que trabajaban para ONG internacionales "supervisaron a técnicos en prótesis y órtesis, fisioterapeutas y técnicos de rehabilitación haitianos capacitados localmente", además de ubicar a los amputados en la comunidad y remitirlos a servicios hospitalarios y comunitarios (Marie Knowlton et al., 2012).

Un estudio sobre la provisión en Filipinas después del tifón Haiyan describe una serie de enfoques adoptados para mejorar el alcance de los servicios de rehabilitación, incluida la TA (Benigno et al., 2015). Esto incluyó una iniciativa de CBR entregada a través de una asociación entre la OMS, las OPD y el gobierno, y una evaluación de necesidades realizada por ONG y expertos locales con el apoyo de la OMS (Benigno et al., 2015). Sin embargo, solo dos artículos encontrados incluían un análisis de la calidad y efectividad de esa provisión de TA (y ambos estaban relacionados con las intervenciones en Cachemira). También encontramos artículos que detallan ejemplos de provisión deficiente: por ejemplo, el "vertimiento" de dispositivos inapropiados por parte de ONG después del terremoto de 2010 en Haití (Baranyi & Louis, 2016; Tataryn & Blanchet, 2012).

Un estudio sobre la provisión de rehabilitación después del terremoto de Sichuan en 2008 describió cómo algunos pacientes fueron llevados inicialmente a centros médicos terciarios en todo el país, ya que los hospitales en la zona del terremoto se vieron gravemente afectados. El gobierno estableció departamentos de rehabilitación en tres hospitales dentro de la zona del terremoto para responder a las personas con lesiones graves e incapacitantes, con personal experto en rehabilitación traído de fuera de la provincia. El rescate y la rehabilitación tempranos fueron predictores de la efectividad de las intervenciones de rehabilitación, con provisión de TA incluida. Se brindan pocos detalles sobre cómo se adquirieron las TA, pero el documento implica que las TA se distribuyeron dentro de estos sistemas hospitalarios centralizados (Li et al., 2012).

Dado que la mayoría de los ejemplos disponibles de provisión de TA en crisis se relacionan con la provisión en la etapa inicial de atención aguda o a través de una intervención quirúrgica, la provisión puede enfocarse estrictamente en aquellos que adquieren una discapacidad como resultado directo de la crisis, excluyendo así a aquellos que nunca han sido atendidos. En contacto con trabajadores de la salud y nunca se han identificado sus necesidades. Esto es

a pesar de que, en algunos casos, más de dos tercios de los asistentes a los servicios de rehabilitación tenían deficiencias no relacionadas con la crisis, por ejemplo, después del terremoto de Haití de 2010 (Danquah et al., 2015). Sin embargo, hay poco reconocimiento en la literatura de orientación de las agencias humanitarias de que la mayoría de los casos con necesidades de TA pueden provenir de personas con impedimentos preexistentes.

No existe literatura académica sobre intervenciones relacionadas con la TA que reconozca específicamente la necesidad de incluir a quienes perdieron sus productos de asistencia como resultado de la crisis, o a quienes tenían una necesidad que no se identificó y nunca se les proporcionó un producto de asistencia. Sin embargo, esto se menciona en la literatura gris, por ejemplo, un informe sobre Filipinas que encontró que los equipos itinerantes de voluntarios que trabajaban con profesionales de rehabilitación locales eran una herramienta valiosa para identificar las necesidades de TA para aquellos que necesitaban reemplazarlas después de un desastre (Llewellyn & Lewis Gargett, 2018). Los pocos ejemplos de intervenciones que se encuentran en nuestra revisión de la literatura corroboran los informes sobre la naturaleza de la provisión relacionada con la discapacidad de las agencias implementadoras. Por ejemplo, un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) sobre las experiencias de las personas con discapacidad en Nepal después del terremoto de 2015 encontró muy pocos programas dirigidos a las necesidades de las personas con discapacidad, y mucho menos programas para proporcionar productos de asistencia. Todos los programas que existían eran independientes (en lugar de coordinados o integrados en la provisión sistemática) y tenían una cobertura muy limitada, confinado a una minoría de la población con discapacidad (Lord et al., 2016).

Etapa posaguda: solo encontramos seis ejemplos que brindan información sobre la naturaleza, la escala y la calidad de la provisión de TA en la etapa posaguda de la crisis, todos menos uno de Haití después del terremoto de 2010:

- Tres documentos describen las limitaciones de la provisión de TA post-aguda proporcionada por ONG en Haití, tanto en términos de calidad como de alcance, al tiempo que señalan la oportunidad de convertir la afluencia de recursos de rehabilitación después de la crisis en servicios de rehabilitación sostenidos (Rauch et al., 2011; Tataryn & Blanchet, 2012; Wolbring, 2011).
- Un documento describe las mejoras a largo plazo en los servicios de rehabilitación haitianos como resultado de un enfoque en la recuperación del sector de la salud, logrado a través de la capacitación de trabajadores de rehabilitación calificados, la incorporación de enfoques de CBR y el uso de esquemas de acreditación para permitir que los técnicos locales proporcionen servicios protésicos y servicios ortopédicos (Marie Knowlton et al., 2012).
- Un artículo utiliza una encuesta para medir el éxito de un programa de donación de sillas de ruedas en Haití. El documento encuentra altos niveles de uso y satisfacción con las sillas de ruedas, pero reconoce los desafíos de sostenibilidad asociados con el suministro a través de ONG extranjeras (Sumner et al., 2017).
- También encontramos un documento sobre programación de rehabilitación que incluía la provisión de productos de asistencia después del terremoto de Sichuan en China en 2008. Este documento encontró que una combinación institucional y

El programa de rehabilitación basada en la comunidad mejoró la función física a largo plazo de quienes sufrieron lesiones incapacitantes en el terremoto (X Zhang et al., 2013).

Complementando la evidencia en la literatura académica sobre la naturaleza y la escala de la provisión de TA, una revisión de la literatura gris sobre la provisión de TA en Sudán del Sur y Afganistán², así como una entrevista con informantes clave (que se detallarán en los estudios de casos, próximamente) brindaron algunas sugerencias de la escala probable, la calidad y el tipo de provisión que existe en entornos humanitarios. La literatura gris sugiere que la provisión de TA en entornos humanitarios está dirigida por ONG especializadas y, con la excepción de la programación de rehabilitación física del CICR, es a una escala relativamente pequeña (DFID, 2018).

- La escala más grande de programas de TA encontrada en los dos países de estudio de caso examinados, fue el programa de rehabilitación física dirigido por el CICR; se centró en la distribución de ayudas para la movilidad. Por ejemplo, en 2019, el CICR distribuyó poco menos de 5000 dispositivos de asistencia en Sudán del Sur y más de 100 000 en Afganistán (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2020).
- Hay ejemplos de organizaciones que establecieron centros complementarios de extensión para la rehabilitación, por ejemplo, la ONG italiana Organismo di Volontariato per la Cooperazione Internazionale (OVCI) se asoció con el CICR para prestar servicios en partes remotas de Sudán del Sur a las que los servicios centrales del CICR no podían llegar (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2017).
- Se encontraron ejemplos de enfoques de rehabilitación basados en la comunidad que incluyen la provisión de AT liderada por Humanity and Inclusion (HI) en entornos humanitarios. HI ha utilizado Puntos Focales de Discapacidad y Vulnerabilidad (DVFP) después de las crisis en Irak, India, Sri Lanka y muchos otros lugares, para acercar los servicios de TA y rehabilitación a las comunidades afectadas (Handicap International, 2014).

Además, la revisión de la literatura gris señaló la escasez de esfuerzos coordinados, sistemáticos y a nivel nacional para proporcionar TA dentro de un sistema de coordinación humanitaria; los únicos ejemplos de provisión encontrados fueron dirigidos por ONG internacionales especializadas como CICR, Comité Sueco para Afganistán y Humanidad e Inclusión (en Afganistán) y CICR, Humanidad e Inclusión, Luz para el Mundo y OVCI/Usratuna en Sudán del Sur.³ En Afganistán, se encontró poca evidencia de provisión de TA a través del programa Paquete Básico de Servicios Educativos apoyado por múltiples donantes (alguna provisión se describe teóricamente en los documentos del programa, pero los informantes informaron que, en la práctica, era poco probable que los servicios de TA a través de BPHS estuvieran disponibles (Entrevista anónima – ONG internacional Afganistán, 2020), y solo se brindó asistencia financiera a los heridos de guerra) (Anónimo, 2020). Esto corrobora la evidencia en la literatura de que el enfoque de qué provisión limitada del gobierno para discapacitados existe en

²Esta revisión de la literatura gris es parte de una serie de estudios de casos realizados por la Oficina de Investigación de UNICEF, Innocenti, para complementar los hallazgos de una revisión más amplia de la literatura sobre TA en entornos humanitarios.

³Los esfuerzos de especialistas a pequeña escala no son necesariamente algo malo y pueden ser contextualmente apropiados; sin embargo, también pueden indicar límites en la cobertura geográfica o brechas en los tipos de TA proporcionados. Por ejemplo, la provisión de ICRC es solo para dispositivos de movilidad, lo que significa que muchas personas con necesidades de AT están excluidas de la provisión.

Afganistán es el herido de guerra, lo que lleva a una provisión inequitativa (Trani & Bakhshi, 2009).

Encontramos evidencia en la literatura gris de organizaciones y redes activas de la sociedad civil (p. ej., la Red de Mujeres con Discapacidades de Sudán del Sur y Disability Rights Watch Afganistán). Un mapeo y una encuesta de 84 OPD en Afganistán encontró que más de la mitad de la organización encuestada estaba involucrada en la reparación de dispositivos de movilidad, 17 se enfocaban en discapacidades visuales o auditivas, y cuatro OPD se enfocaban en discapacidades del habla (Community Center For The Disabled, British & Irish Agencies Afganistán Group, 2019). Solo el 18 % apoyó a más de 500 beneficiarios, lo que sugiere que la asistencia a pequeña escala era la norma (Community Center For The Disabled, British & Irish Agencies Afganistán Group, 2019).

La literatura gris sugiere que, en algunos casos, las agencias humanitarias se han esforzado por monitorear las barreras al acceso a la TA y tanto el alcance como los tipos de provisión de TA por parte de diferentes actores. Por ejemplo, en Jordania, un grupo de trabajo activo sobre discapacidad proporciona algún tipo de coordinación e intercambio de información sobre los servicios para personas con discapacidad, incluido AT (Grupo de trabajo: Grupo de trabajo sobre discapacidad – Jordania [Internet]). Como resultado de esos esfuerzos, HI ha podido realizar una evaluación del acceso a los servicios para quienes se encuentran en los campos de refugiados de Líbano y Jordania, que incluye preguntas sobre las necesidades de AT (Humanity & Inclusion, iMMAP, 2018).

Aunque notamos que la ausencia de evidencia sobre la provisión de TA no es evidencia de ausencia, nuestra revisión de la literatura indica que la escala de la provisión de TA en entornos humanitarios probablemente sea muy baja (en línea con la provisión de TA en los LMIC en general). Además, la disposición que existe tiende a favorecer a los heridos durante el período inmediatamente posterior a una crisis: la fase aguda. Esto quizás sea comprensible, ya que los actores humanitarios deben priorizar las necesidades urgentes, y los heridos en la crisis (y en particular aquellos que adquieren problemas de movilidad) pueden ser los más visibles y accesibles para los trabajadores de la salud. Sin embargo, la falta de evidencia de provisión de TA más allá de la etapa aguda sugiere que las personas con impedimentos preexistentes que han perdido o dañado sus productos de asistencia, y aquellos que adquieren impedimentos a través de los efectos indirectos a largo plazo del desastre, pueden ser excluidos de TA. intervenciones de provisión. La evidencia implica que la vía de "provisión especializada" del enfoque de "vía gemela", que está destinada a orientar las inversiones para atender las necesidades específicas de las personas con discapacidades, actualmente experimenta una grave falta de inversión y falta de atención.

Si bien se está produciendo una variedad de innovaciones en el sector humanitario, en particular en el sector del agua y el saneamiento (p. ej., la losa de letrinas accesibles de UNICEF (UNICEF)) y el uso de la impresión 3D (p. ej., de prótesis y aparatos ortopédicos), estas no han aún no se han llevado a escala, y hay poca evidencia de la efectividad de estos enfoques en el contexto humanitario en la literatura publicada (DFID, 2018).

Tampoco encontramos información específica sobre los costos directos e indirectos de la provisión de TA cuando dicha provisión ocurre.

Lagunas en los datos y lagunas en la evidencia sobre la recopilación de datos

Hasta la fecha, hay muy pocos datos disponibles sobre la magnitud de necesidades de TA en crisis; en parte esto se debe a la falta de evidencia sobre las mejores prácticas en la identificación, evaluación y notificación de

necesidad de contextos humanitarios. No existe un enfoque único para identificar las necesidades: los enfoques van desde el autoinforme de una sola pregunta ('¿piensa que necesita...?'), hasta el autoinforme basado en las limitaciones funcionales y la necesidad percibida (p. rATA), a evaluaciones clínicas y/o funcionales, así como otras fuentes más indirectas (Danemyer et al. 2020). De los datos limitados disponibles de contextos humanitarios, la mayoría proviene de evaluaciones clínicas (p. ej., datos recopilados por técnicos de emergencias médicas). Se necesita más investigación para establecer cuál de ellos ofrece un método rápido y confiable para recopilar datos sobre las necesidades de TA (satisfechas, insatisfechas o no satisfechas) en contextos humanitarios. El trabajo en curso para probar el rATA en una variedad de contextos humanitarios puede proporcionar alguna evidencia para respaldar esto. Otras opciones podrían ser el uso de herramientas basadas en algoritmos, mediante las cuales un encuestador sigue un conjunto de preguntas en una aplicación preprogramada (ya hay algunas pruebas de aplicaciones potenciales, como el algoritmo de "árbol de decisión" que está desarrollando LSHTM (parte de AT2030) para evaluar las necesidades de TA y autoinformes más avanzados a través de un sitio web que luego enumera ejemplos de TA adecuada, dónde está disponible e incluso su costo, por ejemplo, el sitio web israelí "ATvisor" ([https:// www .atvisor.ai/en](https://www.atvisor.ai/en)).

Tanto el rATA como el árbol de decisiones de evaluación de necesidades de TA se basan en las Preguntas breves del Grupo de Washington (WGSSQ) que evalúan la capacidad funcional (Disability Statistics in Humanitarian Action, 2019). Sin embargo, un estudio reciente dirigido por una ONG sobre el uso del WGSSQ en contextos humanitarios ha demostrado que no son adecuados para todas las situaciones o contextos y que las organizaciones deben tener claras las necesidades y objetivos de recopilar datos sobre personas con discapacidad y comprender las fortalezas. y limitaciones del uso de los conjuntos de preguntas (LC/HI 2019).

El uso de esas herramientas puede proporcionar un predictor de la necesidad y el tipo de necesidad de TA (satisfecha, insatisfecha o no satisfecha), pero se debe tener precaución al asumir que simplemente proporcionar TA permite la inclusión equitativa de adultos y niños con discapacidades. Por el contrario, la evaluación de las necesidades de TA puede generar expectativas de provisión que no se pueden cumplir.

Otra brecha es que las medidas existentes se centran en gran medida en el acceso y la provisión, en lugar de vincularse a resultados más amplios. Por ejemplo, si bien puede haber datos existentes sobre la prevalencia de lesiones en las extremidades, e incluso sobre el tipo de prótesis necesaria, casi no hay datos sobre cómo la provisión de esas prótesis permitió o mejoró el acceso a la educación, el empleo o los servicios esenciales. Esto se debe en parte a los desafíos de medición de la atribución de causalidad, que podría tener muchos factores determinantes.

El simple hecho de proporcionar AT a alguien no garantiza su participación o inclusión, por lo que una evidencia más sólida centrada en los resultados podría proporcionar un caso más sustantivo para asegurar el financiamiento futuro y la priorización de AT, así como alinearse con los enfoques de compromiso, participación e inclusión basados en los derechos. sión de las personas con discapacidad dentro del ecosistema de innovación humanitaria.

También hay datos relativamente escasos sobre la intersección de las necesidades de TA con las necesidades en otros aspectos transversales de la respuesta humanitaria, o cómo esa interseccionalidad afecta los resultados, por ejemplo, cuál es el efecto de la edad y el sexo en las necesidades de TA, el acceso a la TA y el impacto de la TA? Un estudio de Pakistán explora el papel del género en la recuperación de nuevas lesiones de la médula espinal (LME) sufridas como resultado del terremoto de 2005 (Irshad et al., 2012). Aunque

sin centrarse específicamente en la TA, el estudio documenta los impactos a largo plazo, que afectaron predominantemente a las mujeres, que son socialmente más vulnerables a los impactos de los desastres. Del número de pacientes diagnosticados con SCI, 65–74% eran mujeres (como se cita en (Irshad et al., 2012): 452). El estudio documenta cómo las mujeres, que tienen acceso a sillas de ruedas u otras TA, siguen dependiendo de otros para su cuidado, lo que resulta en que muchas sean abandonadas por sus esposos, o que sus esposos tomen una segunda esposa para cuidar a la primera. Rara vez ocurría lo mismo cuando los hombres tenían LME. Más datos sobre estos impactos a largo plazo ayudarían a comprender qué nivel de apoyo (incluido, entre otros, financiero) es probable que las personas con discapacidades nuevas y preexistentes necesiten a largo plazo, incluida la capacitación en habilidades y otros mecanismos para fomentar la resiliencia.

A pesar de la creciente conciencia de la necesidad de garantizar la colaboración con las poblaciones afectadas, no encontramos evidencia académica de codiseño de TA en contextos humanitarios.

Desafíos para la provisión de TA en entornos humanitarios

Dada la evidencia de que la provisión de TA no alcanza a satisfacer las necesidades en contextos humanitarios, a pesar de los requisitos para la provisión detallados en la guía humanitaria, revisamos la literatura sobre las barreras que limitan la provisión.

Identificamos cuatro desafíos generales que restringen el acceso y la provisión de TA: (1) desafíos dentro del contexto preexistente; (2) desafíos causados por la crisis humanitaria; (3) limitaciones de la respuesta a la crisis; (4) desafíos asociados específicamente con la provisión de productos de apoyo.

Desafíos dentro del contexto preexistente

Suele haber una infraestructura de salud preexistente limitada y de mala calidad en los LMIC que tienden a ser escenarios de muchas crisis humanitarias (Iezzoni & Ronan, 2010; Landry et al., 2010; Mills et al., 2018); esos entornos también tienden a carecer de personal capacitado para brindar servicios de salud y rehabilitación (Iezzoni & Ronan, 2010; Lord et al., 2016; Marie Knowlton et al., 2012). Los servicios de rehabilitación rara vez son una prioridad del gobierno (Durham et al., 2016; Mousavi, Khorasani-Zavareh et al., 2019; Physiotherapy, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2014) y, en general, el financiamiento de la atención médica es bajo (Van Niekerk et al., 2019). Esto se refleja en el hecho de que a menudo no hay un líder superior responsable de los servicios de rehabilitación dentro del Ministerio de Salud (p. ej., Mousavi, Khorasani-Zavareh et al., 2019).

Tiende a haber un mercado de TA preexistente muy limitado en los países de ingresos bajos y medianos donde ocurren las crisis humanitarias: por ejemplo, antes del terremoto de 2010, Haití tenía poca capacidad para la producción de dispositivos de asistencia y, después del desastre, luchó para obtener incluso los productos más básicos de bajo costo. para satisfacer las necesidades de TA (Iezzoni & Ronan, 2010).

Es probable que haya un alto nivel de estigma asociado con la discapacidad y el uso de AT (Marie Knowlton et al., 2012), lo que impide que las familias y las personas busquen la AT que necesitan (Adujna et al., 2020). Los trabajadores del gobierno también pueden tener opiniones prejuiciosas sobre las personas con discapacidad, lo que puede dar lugar a que no se prioricen las necesidades de TA (Borg & Östergren, 2015). Además, las personas con necesidades de TA y sus

las familias a menudo tienen poco conocimiento sobre sus derechos y un conocimiento limitado de los productos y servicios disponibles, cómo acceder a ellos y sus beneficios (Hettiarachchi et al., 2019; Pryor et al., 2018; Weerasinghe et al., 2015). Tales barreras del lado de la demanda naturalmente tienen un impacto negativo en la oferta.

Es posible que las personas en entornos humanitarios tampoco puedan acceder a la TA debido a la pobreza. Los costos de atención médica y los costos de viaje a las instalaciones y servicios de TA suelen ser muy altos (Al Obaidi & Budosan, 2011; Magnusson et al., 2013; Redmond et al., 2011; Weerasinghe et al., 2015), particularmente porque pueden estar lejos de las zonas rurales donde viven muchas personas con necesidades de TA (Al-Obaidi & Budosan, 2011; Benigno et al., 2015; Borg, Larsson et al., 2012; Borg, Östergren et al., 2012; Mousavi, Khorasani-Zavareh et al., 2019).

Es probable que la pobreza, el estigma y otras barreras para el acceso a la TA afecten a diferentes grupos en mayor o menor medida. Puede haber "jerarquías" de discapacidad (Miles & Singal, 2010): por ejemplo, en algunos contextos, las personas con discapacidad intelectual pueden enfrentar un mayor estigma que las personas con problemas de movilidad (Miles & Singal, 2010; Tilahun et al., 2016). También puede haber otras jerarquías sociales que afecten el acceso a los servicios, por ejemplo, en un estudio se encontró que el 98% de los que recibieron una prótesis como resultado de una mina terrestre eran hombres (Rios et al., 2014). Como se señaló anteriormente, para quienes se encuentran en la intersección de múltiples grupos estigmatizados o marginados, es probable que las barreras de acceso sean aún mayores.

Desafíos provocados por la crisis

En una emergencia humanitaria, los sistemas que ya son débiles se ven sometidos a una enorme presión y rara vez pueden ampliarse para satisfacer la creciente demanda en un entorno cada vez más complejo. Las crisis pueden conducir al daño o la pérdida de la infraestructura existente, incluida la infraestructura de salud y transporte que sustenta los servicios de TA y rehabilitación (Bar-On et al., 2011; Walsh et al., 2014). Los conflictos y las crisis pueden hacer que viajar a los servicios de atención de la salud sea peligroso (Gohy et al., 2016). Los profesionales de la salud calificados pueden abandonar el país o la región afectados, lo que limita aún más la prestación de servicios. Las crisis humanitarias también conducen a que los recursos del gobierno se redirijan a la respuesta de emergencia, por lo que cualquier servicio de TA o de rehabilitación que pueda haber existido antes puede verse reducido. Las crisis humanitarias pueden provocar recesiones económicas, que limitan aún más la capacidad de los gobiernos para prestar servicios de salud.

Las poblaciones desplazadas por la crisis pueden enfrentar barreras particulares para el acceso a la TA. Las personas que cruzan fronteras o que viven en áreas no controladas por el gobierno pueden no tener acceso a los servicios nacionales debido a obstáculos administrativos. Para las poblaciones que viven en campamentos, incluso en el contexto de políticas de campamentos obligatorias (como en algunos países de acogida de refugiados), el acceso puede verse obstaculizado por restricciones de movimiento o por estar ubicados lejos de los centros de servicio. En un sentido muy práctico, las barreras del idioma pueden ser un obstáculo para navegar por sistemas de servicios a menudo complejos.

Limitaciones de la respuesta a la crisis

Los mecanismos de coordinación a menudo no brindan claridad sobre quién es responsable de la provisión de TA en las crisis (Tataryn & Blanchet,

2012) y, por lo tanto, ofrecen poca responsabilidad por la provisión. A menudo hay poca coordinación de los servicios de rehabilitación (Mousavi, Ardalan et al., 2019; Sheikhbardsiri, 2017) o de los equipos médicos internacionales (Bar-On et al., 2011) a través de los cuales se suelen prestar los servicios de TA.

De manera similar, después de una crisis humanitaria, el aumento repentino de ONG y recursos puede crear desafíos para la coordinación de los servicios de rehabilitación (Trudeau & Rothstein, 2016) y puede conducir al desarrollo de sistemas de provisión paralelos que no están coordinados con los sistemas nacionales (Gosney et al., 2011).

Los actores humanitarios a menudo no recopilan datos sobre discapacidad y necesidades de TA (Redmond et al., 2011; Stough & Kang, 2015); cuando lo hacen, pueden tener enfoques inconsistentes para la recopilación de datos, o no tener la capacidad de interpretar los hallazgos, o actuar sobre ellos si la tienen. Esto limita la capacidad de las agencias responsables para planificar e implementar programas de TA, y monitorear y evaluar esos programas (Redmond et al., 2011; Stough & Kang, 2015).

Cuando existen programas de provisión de TA, a menudo son dirigidos por ONG que usan modelos de provisión que pueden no estar basados en evidencia. Estos incluyen donaciones benéficas de productos de asistencia que se proporcionan sin tener en cuenta las necesidades o la adecuación y sin ir acompañados de los servicios necesarios (Patil, 2015; Tataryn & Blanchet, 2012).

No hay evidencia de la sostenibilidad de las intervenciones de provisión de AT dirigidas por ONG (Rohwerder, 2018; Visagie et al., 2018). El uso de ONG en la provisión de TA puede exacerbar la impresión de que la TA es un beneficio caritativo en lugar de un derecho.

Históricamente, existe evidencia de que la atención aguda se prioriza sobre la rehabilitación temprana en crisis (Khan, Amatya, Gosney, Rathore, Burkle Jr et al., 2015b; Mills et al., 2018), lo que probablemente conduzca a una inversión insuficiente en TA. Además, incluso las organizaciones de personas con discapacidad (OPD) a menudo priorizan otras necesidades, como el acceso a los alimentos, sobre las TA (Tataryn & Blanchet, 2012). En ocasiones, la falta de provisión de TA puede reflejar actitudes prejuiciosas por parte de quienes son responsables de brindar los servicios necesarios (Llewellyn & Lewis Gargett, 2018). Los servicios especializados para personas con discapacidad a veces se consideran "complejos, a largo plazo y que no ponen en peligro la vida" y, por lo tanto, potencialmente no se consideran parte de la tarea de prestación de servicios humanitarios (Mirza, 2015).

A menudo existe una disparidad entre los tipos de AT que se necesitan y los que las agencias humanitarias priorizan (Tataryn & Blanchet, 2012). Por ejemplo, después del terremoto de Haití en 2010, la mayoría de las organizaciones que brindan servicios de rehabilitación eran proveedores de ortesis o prótesis, a pesar de la cantidad relativamente menor de discapacidades causadas por amputaciones (Marie Knowlton et al., 2012; Tataryn & Blanchet, 2012).

Desafíos de la provisión de TA

Los productos de asistencia tienen características que pueden hacer que sean más difíciles de proporcionar a escala en entornos humanitarios que otros productos y servicios humanitarios esenciales, lo que, junto con las barreras descritas anteriormente, puede limitar la preparación de las agencias humanitarias para impulsar programas para ampliar la TA. Los productos de asistencia son caros en comparación con muchos otros productos humanitarios. Se han desarrollado pocos productos de asistencia de bajo costo y baja tecnología que sean asequibles

escalable en contextos de crisis (Borg & Östergren, 2015; S Brown et al., 2020). Los productos de asistencia también tienen costos continuos asociados con la reparación, el mantenimiento y el reemplazo (Iezzoni & Ronan, 2010; Sharma, 2015). Los productos de AT deben adaptarse tanto al usuario como al entorno, y no deben proporcionarse utilizando un enfoque de "talla única", ya que también pueden requerir modificaciones, adaptaciones y reacondicionamientos con el tiempo. La provisión de TA para niños ejemplifica este desafío: los productos de apoyo son particularmente costosos para los niños, ya que deberán ser reemplazados regularmente a medida que crecen (Iezzoni & Ronan, 2010); los reemplazos protésicos generalmente se requieren anualmente hasta los 5 años, cada dos años hasta los 12 años, luego cada 3 o 4 años hasta los 21 años. Esos desafíos se ven exacerbados por el entorno físico, lo que hace que los productos se desarrollen para países de ingresos altos e incluso en países de ingresos bajos y medianos en desarrollo. inadecuado. Esto aumenta la probabilidad de que se abandonen los productos de apoyo (S Brown et al., 2020). Todos estos factores hacen que la TA para entornos humanitarios sea especialmente costosa de adquirir, distribuir y mantener.

Además, las necesidades de TA en contextos humanitarios son impredecibles y diversas, lo cual es un desafío para una adquisición eficiente y efectiva. Hay poca evidencia para guiar a los actores humanitarios en la predicción de los niveles probables de necesidad de AT después de una crisis, y es probable que los volúmenes y tipos de necesidad dependan en gran medida del tipo de crisis y el entorno. Existe una amplia gama de productos auxiliares para satisfacer diferentes necesidades, sin estándares mínimos para su fabricación y diseño. Esto reduce la viabilidad de adquisiciones rentables, rápidas y a gran escala. La literatura sugiere que la TA proporcionada en entornos humanitarios a menudo no es adecuada para el contexto específico y es deficiente (Rohwerder, 2018). Además, rara vez se acompaña de servicios o apoyos adecuados (Rohwerder, 2018).

Facilitadores de provisión de TA en entornos humanitarios

Como no encontramos evidencia que describiera o comparara diferentes modelos de provisión de TA a escala en entornos humanitarios, tampoco encontramos evidencia de "lo que funciona" para mejorar la provisión de TA. Sin embargo, la literatura sugiere algunos principios que pueden ofrecer factores facilitadores para mejorar la calidad y la escala de la provisión de TA en entornos humanitarios. Si bien estos principios pueden ser útiles, es poco probable que sean suficientes para cubrir la brecha total en las necesidades de TA en entornos humanitarios, ya que no abordan muchas de las barreras estructurales identificadas en esta revisión.

El apoyo internacional en las crisis humanitarias debe estar diseñado para fortalecer y sostener los sistemas de salud existentes mediante la integración de la rehabilitación y la provisión de TA en la respuesta de emergencia. Algunas estrategias para hacer esto incluyen el despliegue de profesionales de rehabilitación dentro o junto con los EMT (Sheppard & Landry, 2016) para facilitar la rehabilitación temprana (Ali et al., 2010) y el desarrollo de hospitales de campaña en centros permanentes que pueden proporcionar rehabilitación a largo plazo (Keshkar et al. al., 2014). Los sistemas también se pueden fortalecer de manera sostenible al integrar la provisión de TA en enfoques que acercan los servicios lo más posible a las comunidades, como los modelos de rehabilitación basados en la comunidad (Blanchet et al., 2017; Bongo et al., 2018; Gosney Jr. & O'Connell, 2009; Handicap International, 2014), así como la identificación, reclutamiento y capacitación local del personal de AT

(De Witte et al., 2018). Un estudio encontró que los beneficios de la CBR para niños con discapacidades en Zimbabue incluían la provisión de TA (como sillas de ruedas), así como también consejos sobre fisioterapia en el hogar. Sin embargo, a pesar de algunos impactos positivos informados en la comunidad, el gobierno local no se hizo cargo de la financiación del programa CBR, lo que provocó su declive. Aunque la base de evidencia del impacto de la RBC es débil (Bright et al., 2018), hay algunos indicios de que puede ser un enfoque útil en entornos humanitarios (Organización Mundial de la Salud, 2010).

La provisión de TA también se puede fortalecer al incluir responsabilidades de TA en las estructuras de coordinación. La coordinación humanitaria (p. ej., los grupos temáticos del IASC) debe tener un "espacio" claro y designado para la provisión de TA (Landry et al., 2016) con la supervisión de una agencia gubernamental (entre otros) (Marie Knowlton et al., 2012). Una de las lecciones del terremoto de Haití de 2010 fue el beneficio de tener un subgrupo de discapacidad (Marie Knowlton et al., 2012). La evidencia indica que tales estructuras de coordinación deben involucrar completamente a los actores locales en la provisión de servicios de rehabilitación (L Zhang et al., 2012). Deben integrar a todos los actores responsables en la coordinación, incluidos el gobierno, las organizaciones de la sociedad civil y las agencias internacionales (Anónimo, 2020). Si bien existen riesgos de sostenibilidad asociados con la dependencia de las ONG para brindar servicios, se debe tener en cuenta que es probable que las ONG tengan experiencia en la negociación de adquisiciones de TA a costos más bajos que otros actores (ATScale, 2019).

Las agencias humanitarias también deben implementar sistemas para recopilar datos sobre aquellos con necesidades de TA insatisfechas, no solo sobre aquellos que reciben atención de emergencia. Por sí solas, herramientas como el WGSSQ (Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidad, 2014), la herramienta rATA (Convocatoria mundial para medir el acceso a la tecnología de asistencia mediante el cuestionario de Evaluación rápida de Tecnología de Asistencia (rATA) de la OMS [Internet], 2005) y Es posible que las herramientas de diagnóstico solo brinden evidencia limitada sobre las necesidades de TA, pero cuando estas herramientas se administran juntas, pueden brindar información valiosa para usar como provisión de apoyo e información. Se ha encontrado que los sistemas de seguimiento y las bases de datos de lesiones son valiosos (Ali et al., 2010; Gosney Jr. & O'Connell, 2009; Landry et al., 2016) para satisfacer las necesidades de TA, aunque los tipos de registros de pacientes pueden fallar para capturar a aquellos con necesidades de TA que nunca reciben atención aguda, y los registros pueden incluso poner a los pacientes en peligro si identifican a aquellos que pueden ser percibidos como combatientes. La recopilación y publicación de información sobre los servicios de TA (p. ej., en un directorio público), así como información sobre los derechos a los servicios (Tanabe et al., 2015), también puede mejorar la demanda, el acceso y la aceptación de los servicios (Benigno et al., 2015; Landry et al., 2016; De Witte et al., 2018, 2018).

¿Qué actividades están en curso para ampliar y mejorar la calidad de la provisión de TA en entornos humanitarios?

Desde que la CDPD entró en vigor, se han promovido varias iniciativas nuevas que tienen como objetivo mejorar la base de evidencia y la orientación para satisfacer la necesidad de TA a nivel mundial. Éstos incluyen:

- Recopilación de datos dirigida por UNICEF y la OMS sobre los niveles de necesidad, demanda y barreras de acceso a la TA en contextos humanitarios, utilizando la encuesta rápida de Evaluación de Tecnologías de Asistencia (rATA) de la OMS (en curso). Esa información

tiene como objetivo apoyar la planificación de la selección, adquisición y prestación de servicios de productos de apoyo.

- El desarrollo de una lista modelo de productos de apoyo prioritarios para la acción humanitaria dirigida por la OMS y UNICEF.
- UNICEF y la OMS, dentro del programa AT2030, han desarrollado Especificaciones de productos de asistencia (para 27 productos de asistencia) y un Manual de adquisiciones para ayudar a los países a adquirir productos de asistencia asequibles y de calidad. UNICEF, la OMS y otros socios realizaron consultas y talleres para evaluar la utilidad de estos recursos en contextos humanitarios y evaluar posibles adaptaciones.
- Iniciativas globales de AT2030 y ATScale que tienen como objetivo encargar investigaciones y programas para comprender mejor cómo se puede moldear el mercado de TA para ampliar el acceso y la provisión de TA en los LMIC (en curso).

Recomendaciones

Próximos pasos

- Se debe desarrollar un marco de provisión y coordinación de TA para entornos humanitarios que, como prioridad, debe incluir:
 - Información sobre necesidad, necesidad insatisfecha, demanda, barreras y facilitadores para acceder a la TA en una variedad de entornos humanitarios diferentes;
 - detalles de las responsabilidades interinstitucionales para la provisión de TA y la coordinación humanitaria para la provisión de TA, bajo diferentes modelos de coordinación, incluido el sistema de grupos temáticos y el modelo de coordinación de refugiados, en cada etapa de la crisis; e incluyendo escenarios con un gobierno nacional débil o ausente.
 - detalles de los estándares mínimos sobre cómo se deben promulgar las responsabilidades interinstitucionales, con base en la evidencia de las mejores prácticas (p. ej., requisitos mínimos para los enfoques de evaluación de necesidades, financiación, programación), que considera las diversas necesidades de todos los grupos con necesidades de TA, incluidos aquellos que nacieron con una discapacidad o la adquirieron antes de la crisis, o como resultado de los impactos a largo plazo de la crisis.
- Incorporación explícita de productos y servicios de asistencia en la planificación de la preparación para emergencias y la respuesta humanitaria.
- Establecer un grupo de trabajo de múltiples partes interesadas para llevar adelante las recomendaciones del Marco AT y las recomendaciones a continuación, y para desarrollar la capacidad de los actores humanitarios; incorporar temas relacionados con la TA en las guías, herramientas y procesos clave del IASC y de la Agencia Líder del Grupo Sectorial, incluso para establecer mecanismos para monitorear la necesidad y el acceso a la TA; documentar modelos efectivos de coordinación, incluida la coordinación con los sistemas nacionales en una variedad de entornos humanitarios diferentes.

Recomendaciones a más largo plazo

- Los donantes y las agencias multilaterales deben delimitar la financiación humanitaria y de desarrollo para una provisión de AT eficaz, coordinada e inclusiva. Este financiamiento debe considerar los facilitadores de la provisión mejorada descritos en este documento,

y debe apuntar a fortalecer los sistemas nacionales sostenibles de provisión de TA en estados frágiles, crisis prolongadas y en países que albergan grandes poblaciones de refugiados, para permitir la ampliación en una emergencia y garantizar la cobertura de todas las poblaciones afectadas. Y considerar el papel de las agencias de desarrollo en la provisión sostenida, especialmente en casos con gobiernos nacionales débiles o ausentes.

- Los equipos de adquisiciones humanitarias deben expandir rápidamente los catálogos de suministros (p. ej., el catálogo de suministros de UNICEF) para incluir una variedad de productos de apoyo basados en la lista de productos de apoyo prioritarios humanitarios de la OMS.
- Los donantes y las agencias multilaterales deben hacer que el monitoreo y la evaluación sean un requisito de toda programación nueva que incluya un componente de provisión de TA, para construir la base de evidencia sobre "lo que funciona" para ampliar y mejorar la calidad de la provisión de TA.
- Se requiere más investigación sobre las intervenciones piloto y a escala (p. ej., las implementadas por HI y el CICR) para medir:
 - resultados en toda la gama de dominios (p. ej., participación, inclusión en salud, educación, etc.).
 - tipos de productos que se han adquirido y distribuido de manera efectiva en situaciones de crisis, y los mecanismos para la entrega y ampliación, incluidas las herramientas digitales.
 - los mejores mecanismos de adquisición, suministro, distribución, así como servicios de seguimiento (incluyendo rehabilitación, terapia ocupacional, reparación y ajustes).
 - Los desafíos, oportunidades e impactos de incorporar productos y servicios de TA en la planificación de preparación para emergencias y la respuesta humanitaria.
 - Interseccionalidad de la programación (edad, género, discapacidad, etc.) en apoyo de los resultados e impactos de la discapacidad

Referencias

- Adugna, MB, Nabbouh, F., Shehata, S. y Ghahari, S. (6 de enero de 2020). Barreras y facilitadores para el acceso a la atención médica para niños con discapacidades en países de África subsahariana de ingresos bajos y medios: Una revisión de alcance. Investigación de servicios de salud de BMC [Internet], 20(15), 1–11. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-019-4822-6> Ali, I., Mir, AA, Jabeen, R., Ahmad, M., Fazili, A., Kaul, RR, kumar, R. y Keshkar, S. (2010, enero). Patrón de morbilidad e impacto de los servicios de rehabilitación en víctimas del terremoto de Cachemira, India. Revista Internacional de Ciencias de la Salud (Qassim) [Internet], 4(1), 59–67. Recuperado el 16 de julio de 2020 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21475527> Al-Obaidi, AK y Budosan, B. (22 de enero de 2011). Incorporación de oportunidades educativas para niños y adolescentes con discapacidades físicas y mentales en Irak. Avances en la Promoción de la Salud Mental Escolar [Internet], 4(1), 35–43. Recuperado el 28 de abril de 2020, de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1754730X.2011.9715621> Entrevista anónima - ONG internacional Afganistán. (2020).
- Anónimo. (2020). Entrevista anónima: organización de la sociedad civil afgana para personas con discapacidad.
- A escala. (2019, diciembre). Descripción del producto: audífonos: un panorama de mercado y un enfoque estratégico para aumentar el acceso a audífonos y servicios relacionados en países de ingresos bajos y medios. www.atscale2030.org. <https://atscale2030.org/product-narratives>
- Baranyi, S. y Louis, I. (2016, octubre). (Dis)capacidad y desarrollo en Haití: más allá de las visiones unidimensionales. Third World Thematics: A TWQ Journal [Internet], 1(3), 321–334. Recuperado el 16 de julio de 2020, de <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=rtw20http://dx.doi.org/10.1080/23802014.2016.1216328>

Bar-On, E., Lebel, E., Kreiss, Y., Merin, O., Benedict, S., Gill, A., Lee, E., Pirotsky, A., Shirov, T. y Blumberg, N. (2011, 1 de octubre). Manejo ortopédico en una situación de mega siniestro masivo. el hospital de campaña de las fuerzas de defensa de Israel en Haití tras el terremoto de enero de 2010. Lesión [Internet], 42(10), 1053–1059. Recuperado el 17 de julio de 2020 de [https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383\(11\)00147-1/abstract](https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383(11)00147-1/abstract)

- Benigno, MR, Kleinitz, P., Calina, L., Alcido, MR, Gohy, B. y Hall, JL (2015, noviembre). Responder a las necesidades de salud y rehabilitación de las personas con discapacidad después de Haiyan. Western Pacific Surveillance and Response Journal, 6(S1), 53–59. https://doi.org/10.5365/wpsar.2015.6.2.HYN_010
- Blanchet, K., Ramesh, A., Frison, S., Warren, E., Hossain, M., Smith, J., Knight, A., Post, N., Lewis, C., Woodward, A., Dahab, M., Ruby, A., Sistenich, V., Pantuliano, S. y Roberts, B. (2017, 18 de noviembre). Evidencia sobre intervenciones de salud pública en crisis humanitarias. The Lancet [Internet], 390(10109), 2287–2296. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30768-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30768-1/fulltext) Bongo, PP, Dziruni, G. y Muzenda-Mudavanhu, C. (2018, 17 de abril). La eficacia de la rehabilitación basada en la comunidad como estrategia para mejorar la calidad de vida y la resiliencia ante los desastres para los niños con discapacidad en las zonas rurales de Zimbabue. Jambá: Journal of Disaster Risk Studies [Internet], 10(1), 1–10. Recuperado el 1 de mayo de 2020, de <https://jamba.org.za/index.php/jamba/article/view/442>
- Borg, J., Larsson, S. y Östergren, P.-O. (2011, 25 de febrero). El derecho a la tecnología de asistencia: ¿Para quién, para qué y por quién? Discapacidad y Sociedad [Internet], 26(3), 151–167. Recuperado el 11 de mayo de 2020, de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687599.2011.543862> Borg, J., Larsson, S., Östergren, P.-O., Atiqur Rahman, ASM, Bari, N. y Noman Khan, AHM (septiembre de 2012). Uso de tecnología de asistencia y disfrute de los derechos humanos: un estudio transversal en Bangladesh. BMC International Health and Human Rights [Internet], 12(18), 1–11. Recuperado el 12 de mayo de 2020, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22992413/>
- Borg, J. y Östergren, P.-O. (2015, 1 de julio). Perspectivas de los usuarios sobre la provisión de tecnologías de asistencia en Bangladesh: conciencia, proveedores, costos y barreras. Discapacidad y Rehabilitación. Tecnología de asistencia [Internet], 10(4), 301–308. Recuperado el 12 de mayo de 2020, de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/17483107.2014.974221?journalCode=iid20> Borg, J., Östergren, P.-O., Larsson, S., Atiqur Rahman, ASM, Bari, N. y Noman Khan, AHM (marzo de 2012). El uso de tecnología de asistencia está asociado con la pobreza de capacidad reducida: un estudio transversal en Bangladesh. Discapacidad y Rehabilitación. Tecnología de asistencia [Internet], 7(2), 112–121. Recuperado el 12 de mayo de 2020 de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21851288/>
- Bright, T., Wallace, S., Kuper, H. y Systematic, A. (2 de octubre de 2018). Revisión del acceso a la rehabilitación para personas con discapacidad en países de bajos y medianos ingresos. Revista internacional de investigación ambiental y salud pública [Internet], 15(10), 1–34. Recuperado el 22 de julio de 2020, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6210163/> Brown, HK, Carty, A., Haverkamp, SM, Parish, S. y Lunsky, Y. (2020). Identificación de mujeres en edad reproductiva con discapacidades físicas y sensoriales en datos administrativos de salud: una revisión sistemática. Disability and Health Journal, 13 (3), 100909. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100909>
- Brown, S., Vairis, A., Masoumifar, AM y Petousis, M. (2020, 1 de febrero). Problemas comunes con el diseño convencional de muletas: Proponer un diseño más seguro y discutir el impacto potencial. Tecnología en la sociedad [Internet], 60(101215), 1–9. Recuperado el 6 de abril de 2020 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160791X1930288X>
- Collinson, S. (2015). Estándares mínimos para la inclusión de la edad y la discapacidad en la acción humanitaria. Versión piloto [Internet]. ADCAP (Programa de Fortalecimiento de Capacidades en Edad y Discapacidad). Recuperado el 13 de mayo de 2020, de [://www.christianaid.org.uk/sites/default/files/2016-03/minimum_standards_for_age_and_disability_inclusion-2015.pdf](http://www.christianaid.org.uk/sites/default/files/2016-03/minimum_standards_for_age_and_disability_inclusion-2015.pdf)
- Centro Comunitario para Discapacitados, Agencias Británicas e Irlandesas Grupo Afganistán. (2019, marzo). Mapeo de Organizaciones de Personas con Discapacidad (OPD) en Afganistán [Internet]. británico e irlandés

- Agencias Grupo Afganistán. Recuperado el 11 de agosto de 2020 de <https://www.baag.org.uk/resources> Danquah, L., Polack, S., Brus, A., Mactaggart, I., Perrin Houdon, C., Senia, P., Gallien, P. y Kuper, H. (2015, 1 de junio). Discapacidad en Haití post-terremoto: Prevalencia y desigualdad en el acceso a los servicios.
- Discapacidad y Rehabilitación [Internet]. 37(12), 1082–1089. Recuperado el 27 de abril de 2020, de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2014.956186>
- De Witte, L., Steel, E., Gupta, S., Ramos, VD, Roentgen, U., Delgado Ramos, V., et al. (9 de mayo de 2018). Provisión de tecnología de asistencia: Hacia un marco internacional para asegurar la disponibilidad y accesibilidad de tecnología de asistencia asequible y de alta calidad. *Discapacidad y Rehabilitación. Tecnología de asistencia* [Internet], 13(5), 467–472. Recuperado el 18 de julio de 2020, de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17483107.2018.1470264>
- Devakumar, D., Birch, M., Osrin, D., Sondorp, E. y Wells, JCK (2 de abril de 2014). Los efectos intergeneracionales de la guerra en la salud de los niños. *BMC Medicine* [Internet], 12(57), 1–15. Recuperado el 28 de abril de 2020 de <https://link.springer.com/article/10.1186/1741-7015-12-57> DFID. (2018, junio). Informe de investigación de alcance sobre tecnología de asistencia: en el camino hacia la tecnología de asistencia universal [Internet]. DFID. Recuperado el 2 de agosto de 2020 de <https://www.clasphub.org/wp-content/uploads/2020/03/Scoping-Research-Report-on-AT.pdf> Estadísticas de Discapacidad en la Acción Humanitaria. (2019). Humanidad e Inclusión Reino Unido [Internet]. Recuperado el 4 de noviembre de 2020 de <https://humanitarian-inclusion.org.uk/en/projects/disability-data-in-humanitarian-action>
- Durham, J., Sychareun, V., Santisouk, P. y Chaleunvong, K. (2016, noviembre). Satisfacción de los usuarios con dispositivos de asistencia protésicos y ortopédicos en la República Democrática Popular Lao: un estudio transversal. *Disability, CBR and Inclusive Development* [Internet], 27(3), 24–44. <http://dcidj.org/article/view/553>
- Elrha. (2020). Análisis de brechas: la inclusión de personas con discapacidad y personas mayores en la respuesta humanitaria [Internet]. Recuperado el 12 de noviembre de 2020, de <https://www.elrha.org/researchdatabase/gap-analysis-operating-inclusion-disabilities-older-people-literature-review/> Convocatoria mundial para medir el acceso a la tecnología de asistencia utilizando el cuestionario de Evaluación rápida de tecnología de asistencia (rATA) de la OMS [Internet]. (2005). Recuperado el 4 de noviembre de 2020, de <https://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/surveys/Handbook23June05.pdf> Gohy, B., Ali, E., Van den Bergh, R., Schillberg, E., Nasim, M., Naimi, MM, Chéréal, S., Falipou, P., Weerts, E., Skelton, P., Van Overloop, C. y Trelles, M. (2016, noviembre). Rehabilitación física y funcional temprana de pacientes traumatizados en el centro traumatológico de Médicos Sin Fronteras en Kunduz, Afganistán: ¿Lujo o necesidad? *Salud Internacional* [Internet]., 8(6), 381–389. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5181549/>
- Gosney, J., Reinhardt, JD, Haig, AJ y Li, J. (2011, noviembre). Desarrollo de la rehabilitación física posterior a los desastres: papel del Subcomité de enlace de la Organización Mundial de la Salud sobre rehabilitación y socorro en casos de desastre de la sociedad internacional de medicina física y de rehabilitación. *Diario de Medicina de Rehabilitación: Diario Oficial de la Junta Europea de Medicina Física y de Rehabilitación de la UEMS* [Internet], 43(11), 965–968. Recuperado el 1 de mayo de 2020, de <http://www.medicaljournals.se/jrm/content/doi/10.2340/16501977-0890> Gosney Jr., JE y O'Connell, C. (2009). Rehabilitación de lazos de víctimas de desastres. En KL Koenig & CH Schultz (Eds.), *Medicina de desastres de Koenig y Schultz: Principios y prácticas integrales* [Internet] (págs. 376). Prensa de la Universidad de Cambridge. Recuperado el 6 de abril de 2020 de <https://books.google.com/books?hl=en&id=zffUCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA376&dq=%22assistive+technology%22+OR+%22humanitarian+crisis%22+OR+%22humanitarian+coordinación%22+OR+%22agencia+humanitaria%22+OR+%22desastre+humanitario%22+OR+%22contexto+humanitario>
- Handicap Internacional. (2014, mayo). Los Puntos Focales de Discapacidad y Vulnerabilidad (DVFP) [Internet]. Handicap Internacional (HI). Recuperado el 9 de junio de 2020, de http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/PG14_DVFP.pdf Hettiarachchi, S., Subramaniam, V., Rajah, E., Gowritharan, P., Nizar, S. y Saleem, S. (2019). 'Habilitar el acceso': un estudio piloto sobre acceso y uso de productos de apoyo en la Provincia del Norte, Sri Lanka. *Disability, CBR and Inclusive Development* [Internet], 30(3), 82–112. Recuperado el 7 de abril de 2020, de <http://dcidj.org/article/view/842> Humanidad e Inclusión, iMMAP. (2018, julio). Eliminación de barreras. El camino hacia el acceso inclusivo. Evaluación de la discapacidad entre refugiados sirios en Jordania y Líbano [Internet]. Humanidad e Inclusión e iMMAP. Recuperado el 29 de mayo de 2020, de https://re.tc/disability_dashboards lezzoni, LI y Ronan, LJ (15 de junio de 2010). Herencia de discapacidad del terremoto de Haití. *Annals of Internal Medicine* [Internet], 152(12), 812–814. Recuperado el 28 de mayo de 2020, de <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-152-12-201006150-00234>
- FICR. (2014). Directrices para la facilitación y regulación interna del socorro internacional en casos de desastre y la asistencia para la recuperación inicial. Recuperado el 11 de noviembre de 2020, de <http://www.ifrc.org> Mejorar la inclusión social y el empoderamiento de las personas con discapacidad en países de bajos y medianos ingresos: ¿Por qué es importante y qué funciona? GOV.UK [Internet].(2018) Recuperado el 12 de noviembre de 2020 de <https://www.gov.uk/research-for-development-outputs/improving-social-inclusion-and-empowerment-for-people-with-disabilities-en-paises-de-ingresos-bajos-medios-por-que-importa-y-que-funciona> Permanente entre agencias, (IASC) C. (julio de 2019). Directrices del IASC, inclusión de personas con discapacidad en la acción humanitaria [Internet]. Comité Permanente entre Agencias (IASC). <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-team-inclusion-persons-disabilities-humanitarian-action/documents/iasc-guidelines> Comité Internacional de la Cruz Roja. (2017, noviembre). Programa de rehabilitación física 2016 [Internet]. Informe Anual 2016. Recuperado el 11 de agosto de 2020, de <https://www.icrc.org/en/publication/physical-rehabilitation-programme-annual-report-2016> Comité Internacional de la Cruz Roja. (2020, junio). Programa de rehabilitación física 2019 [Internet]. Informe Anual 2019. Recuperado el 10 de agosto de 2020 de <https://www.icrc.org/en/publication/4451-physical-rehabilitation-programme-2019-annual-report> loerger, M., Flanders, RM, Goss, KD y Turk, MA (abril de 2019). Desarrollo de una estrategia de búsqueda sistemática relacionada con personas con discapacidad: un informe breve que prueba la utilidad de los términos de búsqueda de discapacidad propuestos en una búsqueda sobre el uso de opioides. *Revista de discapacidad y salud*, 12(2), 318–322. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.11.009> Irshad, H., Mumtaz, Z. y Levay, A. (2012, 1 de julio). Consecuencias de género a largo plazo de las discapacidades permanentes causadas por el terremoto de Pakistán de 2005. *Desastres* [Internet], 36(3), 452–464. Recuperado el 4 de noviembre de 2020, de <https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2011.01265.x> Keshkar, S., Kumar, R. y Bharti, BB (4 de julio de 2014). Epidemiología e impacto de la rehabilitación temprana del trauma espinal después del terremoto de 2005 en Cachemira, India. *Ortopedia internacional* [Internet], 38(10), 2143–2147. Recuperado el 16 de julio de 2020, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24993652/> Khan, F., Amatya, B., Gosney, J., Rathore, FA y Burkle, FM (2015a, septiembre). Rehabilitación médica en desastres naturales: una revisión. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [Internet], 96(9), 1709–1727. Recuperado el 5 de mayo de 2020, de <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2015.02.007>
- Khan, F., Amatya, B., Gosney, J., Rathore, FA y Burkle Jr, FM (2015b, 1 de septiembre). Rehabilitación médica en desastres naturales: una revisión sistemática. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [Internet], 96 (9), 1709–1727. Recuperado el 6 de abril de 2020 de [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(15\)00140-9/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(15)00140-9/fulltext)
- Landry, MD, O'Connell, C., Tardif, G. y Burns, A. (2010, 1 de julio). Después del terremoto de Haití: el papel fundamental de los servicios de rehabilitación y de asistencia de una crisis humanitaria. *Discapacidad y Rehabilitación* [Internet], 32(19), 1616–1618. Recuperado el 22 de mayo de 2020, de <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=idre20> Landry, MD, Sheppard, PS, Leung, K., Retis, C., Salvador, EC y Raman, SR (1 de noviembre de 2016). El(los) terremoto(s) de Nepal de 2015: Lecciones aprendidas de la preparación y respuesta del sector de discapacidad y rehabilitación ante desastres naturales. *Fisioterapia* [Internet], 96(11), 1714–1723. Recuperado el 27 de abril de 2020, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27277496> Li, Y., Reinhardt, JD, Gosney, JE, Zhang, X., Hu, X., Chen, S., Ding, M. y Li, J. (2012). Evaluación de los resultados funcionales de la física

- rehabilitación y complicaciones médicas en víctimas de lesiones de la médula espinal del terremoto de Sichuan. *Diario de Medicina de Rehabilitación: Diario Oficial de la Junta Europea de Medicina Física y de Rehabilitación de la UEMS* [Internet], 44(7), 534–540. Recuperado el 14 de noviembre de 2020, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22674233/>
- Llewellyn, G. y Lewis Gargett, A. (diciembre de 2018). Creación de capacidad en servicios de rehabilitación relacionados con la salud para respuestas a emergencias de salud Diciembre de 2016 – noviembre de 2018 [Internet]. Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo del Personal de Salud en Rehabilitación y Atención a Largo Plazo. https://www.sydney.edu.au/content/dam/corporate/documents/faculty-of-medicine-and-health/research/centres-institutes/groups/who-collaborating-centre/12-report-on-rehabilitacion-y-salud-respuesta-de-emergencia_llewellyn_lewis_gargett_dec2018.pdf Lord, A., Sijapati, B., Baniya, J., Chand, O. y Ghale, T. (2016, mayo).
- Desastre, discapacidad y diferencia: un estudio de los desafíos que enfrentan las personas con discapacidad en el Nepal posterior al terremoto. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- MacLachlan, M. y Scherer, MJ (4 de julio de 2018). Pensamiento sistémico para la tecnología de asistencia: un comentario sobre la GRAN cumbre. *Discapacidad y Rehabilitación. Tecnología de asistencia* [Internet], 13(5), 492–496. Recuperado el 6 de abril de 2020, de <https://doi.org/10.1080/17483107.2018.1472306>
- Mactaggart, I., Kuper, H., Murthy, GVS, Oye, J. y Polack, S. (14 de octubre de 2016). Medición de la discapacidad en encuestas basadas en la población: la interrelación entre las deficiencias clínicas y las limitaciones funcionales informadas en Camerún e India. *PLoS One* [Internet], 11(10), 1–18. Recuperado el 12 de mayo de 2020, de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0164470> Magnusson, L., Ahlström, G., Ramstrand, N. y Fransson, E. (2013). Movilidad y satisfacción de los usuarios de prótesis y ortesis de Malawi con su dispositivo de asistencia para miembros inferiores. *Diario de Medicina de Rehabilitación: Diario Oficial de la Junta Europea de Medicina Física y de Rehabilitación de la UEMS* [Internet], 45(4), 385–391. Recuperado el 16 de julio de 2020 de <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-1117> Marie Knowlton, L., Gosney, JE, Chackungal, S., Altschuler, E., Black, L., Burke Jr, FM, Casey, K., Crandell, D., Deme, D., Di Giacomo, L., Dohman, L., Goldstein, J., Gosselin, R., Ikeda, K., Le Roy, A., Linden, A., Mullaly, CM, Nickerson, J., O'Connell, C., Redmond, AD y McQueen, K. (20 de marzo de 2012). Declaraciones de consenso sobre la atención multidisciplinaria de pacientes con amputación de extremidades en desastres o emergencias humanitarias: Informe del grupo de trabajo quirúrgico de la cumbre de acción humanitaria de 2011 sobre amputaciones posteriores a desastres o conflictos. *Prehospital and Disaster Medicine* [Internet], 26 (6), 438–448. Recuperado el 27 de abril de 2020, de <https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/consensus-statements-respecting-the-multidisciplinary-care-of-limb-amputation-patients-in-disasters-or-humanitarian-emergencies-report-de-la-cumbre-de-accion-humanitaria-2011>
- Millas, S. y Singal, N. (2010). El debate sobre la educación para todos y la educación inclusiva: ¿Conflicto, contradicción u oportunidad? *Revista Internacional de Educación Inclusiva* [Internet], 14(1), 1–15. Recuperado el 27 de abril de 2020, de https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13603110802265125?casa_token=jXiwHL-QE-YAAAAA:UfNGFTnhKpY3l6acpIIR2k84RumgdrLD_gXyRmfHUNDQJBaaziu_DHMKFz_tSuio11
- Mills, J.-A., Gosney, J., Stephenson, F., Skelton, P., Norton, I., Scherrer, V., Jacquemin, G. y Rau, B. (2018, 9 de julio). Desarrollo e Implementación de los equipos médicos de emergencia de la Organización Mundial de la Salud: Normas técnicas mínimas y recomendaciones para la rehabilitación. *PLoS Currents* [Internet], 10, 1–8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6050053/>
- Mirza, M. (2015). Atención médica inclusiva para personas con discapacidad en campamentos humanitarios: Empujando los límites de los estudios de discapacidad y la salud global. *Disability in the Global South* [Internet], 2(1), 479–500. Recuperado el 28 de abril de 2020, de <https://dgsjournal.org/volume-2-number-1/> Mousavi, G., Ardalan, A., Khankeh, H., Kamali, M. y Ostadtaghizadeh, A. (14 de mayo de 2019). Servicios de rehabilitación física en desastres y emergencias: una revisión sistemática. *Revista iraní de Salud Pública* [Internet], 48(5), 808–815. Recuperado el 1 de mayo de 2020 de <https://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/17106> Mousavi, G., Khorasani-Zavareh, D., Ardalan, A., Khankeh, H., Ostadtaghizadeh, A., Kamali, M. y Raissi, G. (2019, enero). Rehabilitación física continua posterior a un desastre: un estudio cualitativo sobre barreras y oportunidades en Irán. *Revista de investigación sobre lesiones y violencia* [Internet], 11(1), 35–44. Recuperado el 26 de mayo de 2020 de <https://search-proquest-com.libproxy.ucl.ac.uk/docview/2251694048/fulltextPDF/AEA38D856CDF4456PQ/1?accountid=14511> Nagai, M., Abraham, S., Okamoto, M., Kita, E. y Aoyama, A. (2007, 1 de septiembre). Reconstrucción de los sistemas de servicios de salud en la Provincia del Norte después del conflicto en Sri Lanka. *Política de salud* [Internet], 83(1), 84–93. Recuperado el 27 de abril de 2020 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851006002880?via%3Dihub> Ogunkeyede, SA, Adebola, SO, Salman, A. y Lasisi, AO (1 de marzo de 2017). Pérdida de audición infantil; una necesidad de atención primaria de salud. *Revista internacional de otorrinolaringología pediátrica* [Internet], 94, 117–120. Recuperado el 12 de mayo de 2020, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165587617300149> Patil, AKV (julio de 2015) INSTANTÁNEA: Experiencias del terremoto en Nepal y observaciones de un PT nepalí: SUNIL POKHREL. *Fisiotimes* [Internet]. Recuperado el 27 de mayo de 2020 de <https://www.physiotimes.com/article/snapshot-nepal-terremoto-experiences-observations-of-a-nepalese-pt-sunil-pokhrel> Fisioterapia, N. (2015, abril). Asociación (NEPTA). El cambio significativo en el sector de rehabilitación de Nepal después del reciente terremoto: un informe sobre las respuestas de rehabilitación y terremoto de Nepal [Internet]. Asociación de Fisioterapia de Nepal (NEPTA). <http://nepalphysio.org.np/wp-content/uploads/2015/10/NEPTA-report-on-Nepal-Earthquake.pdf> Pryor, W., Nguyen, L., Islam, QN, Jalal, FA y Marella, M. (2018, 18 de diciembre). Necesidades insatisfechas y uso de productos de asistencia en dos distritos de Bangladesh: hallazgos de una encuesta de hogares. *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública* [Internet], 15(12), 1–13. Recuperado el 28 de abril de 2020, de <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/12/2901> Rauch, A., Baumberger, M., Moise, F.-G., von Elm, E. y Reinhardt, JD (2011, noviembre). Evaluación de necesidades de rehabilitación en personas con lesión de la médula espinal después del terremoto de 2010 en Haití: un estudio piloto utilizando una herramienta basada en ICF. *Diario de Medicina de Rehabilitación: Diario Oficial de la Junta Europea de Medicina Física y de Rehabilitación de la UEMS* [Internet], 43(11), 969–975. Recuperado el 19 de julio de 2020 de <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-0896>
- Redmond, AD, Mardel, S., Taithe, B., Calvot, T., Gosney, J., Duttine, A. y Girois, S. (diciembre de 2011). Un estudio cualitativo y cuantitativo de la respuesta quirúrgica y de rehabilitación al terremoto de Haití, enero de 2010. *Prehospital and Disaster Medicine* [Internet], 26(6), 449–456. Recuperado el 29 de mayo de 2020, de <https://search-proquest-com.libproxy.ucl.ac.uk/docview/1010625233/fulltextPDF/77ECEDF4DA34AF4PQ/1?accountid=14511> Reinhardt, JD, Li, J., Gosney, J., Rathore, FA, Haig, AJ, Marx, M. y Delisa, JA (26 de agosto de 2011). Discapacidad y rehabilitación relacionada con la salud en el socorro internacional en casos de desastre. *Global Health Action* [Internet], 4 (1), 1–9. Recuperado el 27 de abril de 2020 , de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v4i0.7191> Rios, A., Cruz, AM, Guarín, MR, & Caycedo Villarraga, PS (2014, 9 de julio). Qué factores están asociados a la provisión de tecnologías asistivas: El caso de Bogotá DC. *Discapacidad y Rehabilitación. Tecnología de asistencia* [Internet], 9(5), 432–444. Recuperado el 6 de abril de 2020, de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/17483107.2014.936053?journalCode=idt20> Rohwerder, B. (2018, marzo). Tecnologías de asistencia en los países en desarrollo [Internet]. Informe del servicio de asistencia de K4D. Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido. Recuperado el 28 de abril de 2020, de: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5af976ab40f0b622d4e9810f/Assistive_technologies_in_developing_countries.pdf Ronoh, S., Gaillard, JC y Marlowe, J. (5 de marzo de 2015). Niños con discapacidad y reducción del riesgo de desastres: una revisión. *Revista Internacional de Ciencias del Riesgo de Desastres* [Internet], 6(1), 38–48. Recuperado el 28 de abril de 2020 de <https://link.springer.com/article/10.1007/s13753-015-0042-9>

- Sharma, A. (2015). Perspectivas sobre la educación inclusiva con referencia a Naciones Unidas. *Revista Universal de Investigación Educativa* [Internet], 3 (5), 317–321. Recuperado el 6 de abril de 2020 de http://www.hrpub.org/journals/article_info.php?aid=2576 Sheikhbardsiri, H. (2017). Rehabilitación de grupos vulnerables en emergencias y desastres: Una revisión sistemática. *Revista mundial de medicina de emergencia* [Internet], 8(4), 253–263. Recuperado el 27 de abril de 2020 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5675965/> Sheppard, PS y Landry, MD (23 de abril de 2016). Lecciones del terremoto de 2015 en Nepal: implicaciones para la rehabilitación. *Discapacidad y Rehabilitación* [Internet], 38(9), 910–913. Recuperado el 18 de julio de 2020, de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2015.1064482?journalCode=idre20> Stough, LM y Kang, D. (13 de junio de 2015). El marco de Sendai para la reducción del riesgo de desastres y las personas con discapacidad. *Revista Internacional de Reducción del Riesgo de Desastres* [Internet], 6(2), 140–149. Recuperado el 13 de mayo de 2020 de <https://link.springer.com/article/10.1007/s13753-015-0051-8> Sumner, E., O'Connell, C. y MacAlpine, B. (2017, 18 de enero). Donación de sillas de ruedas en un entorno de bajos recursos: utilización, desafíos y beneficios de las sillas de ruedas proporcionadas a través de un programa de asientos especializados en Haití. *Diario de Medicina de Rehabilitación: Diario Oficial de la Junta Europea de Medicina Física y de Rehabilitación de la UEMS* [Internet], 49 (2), 178–184. Recuperado el 6 de abril de 2020 de <http://www.medicaljournals.se/jrm/content?doi=10.2340/16501977-2186> Tanabe, M., Nagujjah, Y., Rimal, N., Bukania, F. y Krause, S. (2015, 1 de diciembre). Intersección de la salud y la discapacidad sexual y reproductiva en entornos humanitarios: riesgos, necesidades y capacidades de los refugiados con discapacidad en Kenia, Nepal y Uganda. *Sexualidad y Discapacidad* [Internet], 33(4), 411–427. Recuperado el 27 de abril de 2020, de <https://link.springer.com/article/10.1007/s11195-015-9419-3>
- Tataryn, M. y Blanchet, K. (2012). Dando con una mano. . . Evaluación de la respuesta de rehabilitación física posterior al terremoto en Haití, 2010-un análisis de sistemas [Internet]. *La Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (LSHTM)*. Recuperado el 22 de mayo de 2020, de www.cbm.org/http://disabilitycentre.lshtm.ac.uk
- El Manual de la Esfera. (2018) *Esfera* [Internet]. Recuperado el 11 de noviembre de 2020 de <https://spherestandards.org/handbook-2018/> Tilahun, D., Hanlon, C., Fekadu, A., Tekola, B., Baheretibeb, Y. y Hoekstra, RA (27 de abril de 2016). Estigma, modelos explicativos y necesidades insatisfechas de los cuidadores de niños con trastornos del desarrollo en un país africano de bajos ingresos: una encuesta transversal basada en establecimientos. *Investigación de servicios de salud de BMC* [Internet], 16(152), 1–12. Recuperado el 12 de mayo de 2020 de <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1383-9> Trani, J.-F. y Bakhshi, P. (2009). ¿Falta de voluntad o de camino? Adoptar un enfoque de capacidad para analizar las deficiencias de la política de discapacidad y asegurar el impacto del programa en Afganistán [Internet]. *Publicaciones de la Facultad de la Escuela Brown*. Recuperado el 15 de octubre de 2020, de <http://www.ucl.ac.uk/lc-ccr/centrepublishations/workingpapers> Trudeau, MO y Rothstein, DH (febrero de 2016). Lesiones y necesidades quirúrgicas de los niños en situaciones de conflicto y desastre: De Boston a Haití y más allá de. *Seminars in Pediatric Surgery* [Internet], 25(1), 23–31. Recuperado el 5 de mayo de 2020, de <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2015.09.006>
- ACNUR. (2011). WASH en establecimientos de salud en emergencias [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 13 de noviembre de 2020 de <https://wash.unhcr.org/download/wash-in-health-care-facilities-in-Emergency-who/>
- UNICEF. Complemento para letrinas, niños y personas discapacitadas: catálogo de suministros de UNICEF [Internet]. Catálogo de suministros de UNICEF, UNICEF. Recuperado el 13 de noviembre de 2020, de <https://supply.unicef.org/s0005848.html> UNICEF. (2017, mayo). Incluir a los niños con discapacidad en la acción humanitaria [Internet]. UNICEF. Recuperado el 10 de junio de 2020, de <https://sites.unicef.org/disability/emergencies/index.html> Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Habilitación de las Naciones Unidas [Internet]. Recuperado el 3 de noviembre de 2020, de <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014, agosto). Barreras y oportunidades en la base de la pirámide: El papel del sector privado en el desarrollo inclusivo [Internet]. PNUD. Recuperado el 11 de mayo de 2020, de http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/Private%20Sector/undp-psd-barriers_and_opportunities_BOP_Overview_Web.pdf Van Niekerk, K., Dada, S. y Tönsing, K. (10 de abril de 2019). Influencias en la selección de tecnología de asistencia para niños pequeños en Sudáfrica: Perspectivas de los profesionales de la rehabilitación. *Discapacidad y Rehabilitación* [Internet], 41(8), 912–925. Recuperado el 27 de abril de 2020, de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638288.2017.1416500> Visagie, SJ, Matter, R., Kayange, GM, Chiwaula, M., Harniss, M., Mji, G. y Scheffler, E. (marzo de 2018). Lecciones del piloto de una aplicación móvil para mapear proveedores de tecnología de asistencia en África. *African Journal of Disability* [Internet], 7, 1–4. <https://ajod.org/index.php/ajod/articulo/vista/422>
- Walsh, ES, Peterson, JJ y Judkins, DZ (2014). Búsqueda de discapacidad en bases de datos electrónicas de literatura publicada. *Revista de discapacidad y salud*, 7(1), 114–118. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.10.005> Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidad. (2014). *WG Short Set on Functioning (WG-SS) - El Grupo de Washington* [Internet]. Recuperado el 4 de noviembre de 2020 de <https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/wg-short-set-on-functioning-wg-ss/> Weerasinghe, IE, Fonseka, P., Dharmaratne, SD, Jayatilake, JAMS y Gielen, AC (9 de mayo de 2015). Barreras en el uso de dispositivos de asistencia entre un grupo de personas que viven en la comunidad con discapacidades en las extremidades inferiores en Sri Lanka. *Disability, CBR and Inclusive Development* [Internet], 26(1), 79–96. Recuperado el 22 de mayo de 2020, de <http://dcidj.org/article/view/410> OMS. (2013). Hoja informativa sobre tecnología de asistencia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 13 de noviembre de 2020, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology> Wolbring, G. (2011). Discapacidad, desplazamiento y salud pública: una visión para Haití, *Canadian Journal of Public Health* [Internet], 102(2), 157–159. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03044167>
- Confederación Mundial de Fisioterapia. (2016, marzo). El papel de los fisioterapeutas en la gestión de desastres [Internet]. Informe WCPT. Recuperado el 18 de mayo de 2020 de https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/reports/WCPT_DisasterManagementReport_FINAL_March2016.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Informe de política: Acceso a tecnología de asistencia [Internet]. Recuperado el 9 de noviembre de 2020, de <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-000504-4> Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe mundial sobre discapacidad [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 30 de abril de 2020 de https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/ Organización Mundial de la Salud. (2014). Revisión del sistema de salud de la República Democrática Popular Lao [Internet]. Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, editores. Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. (Sistema de Salud en Transición; Vol.4 No.1). Recuperado el 2 de junio de 2020 de https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/10448/9789290616481_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Equipos médicos de emergencia: Normas técnicas mínimas y recomendaciones para la rehabilitación [Internet]. Recuperado el 3 de noviembre de 2020 de <https://www.who.int/publications/i/item/emergency-medical-teams> Organización Mundial de la Salud. (2010). Rehabilitación basada en la comunidad: pautas de CBR [Internet]. Recuperado el 4 de noviembre de 2020 de <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548052>
- Zhang, L., Liu, X., Li, Y., Liu, Y., Liu, Z., Lin, J., Shen, J., Tang, X., Zhang, Y. y Liang, W. (2012, 3 de marzo). Esfuerzos de rescate médico de emergencia después de un gran terremoto: Lecciones del terremoto de Wenchuan de 2008. *The Lancet* [Internet], 379(9818), 853–861. Recuperado el 17 de julio de 2020 de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61876-X/ppt](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61876-X/ppt) Zhang, X., Reinhardt, JD, Gosney, JE y Li, J. (2013, 15 de enero). El programa de servicios de rehabilitación de NHV mejora el funcionamiento físico a largo plazo en los sobrevivientes del terremoto de Sichuan de 2008: un cuasixperimento longitudinal. *PLoS One* [Internet], 8(1), 1–10. Recuperado el 22 de mayo de 2020, de <https://journals.plos.org/plosone/>