



# Inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y gestión de emergencias de América Latina y el Caribe

Brechas, prácticas institucionales y desafíos para el ejercicio efectivo del derecho a la salud



NACIONES UNIDAS

CEPAL

OPS



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

Región de las Américas



# Inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y gestión de emergencias de América Latina y el Caribe

Brechas, prácticas institucionales y desafíos para el ejercicio efectivo del derecho a la salud

Washington, D.C., 2026



**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

Región de las Américas

*Inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y gestión de emergencias de América Latina y el Caribe: brechas, prácticas institucionales y desafíos para el ejercicio efectivo del derecho a la salud*

ISBN: 978-92-75-33131-6 (OPS)

LC/TS.2026/34 (CEPAL)

© Organización Panamericana de la Salud y Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2026



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) respaldan una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS ni de la CEPAL.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la Obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "Esta publicación es una adaptación de una Obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS o de la CEPAL".

**Traducciones:** si se hace una traducción de la Obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "La presente traducción no es Obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ni la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La OPS y la CEPAL no se hacen responsables del contenido ni de la exactitud de la traducción".

**Cita propuesta:** Organización Panamericana de la Salud y Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y gestión de emergencias de América Latina y el Caribe: brechas, prácticas institucionales y desafíos para el ejercicio efectivo del derecho a la salud*. Washington, D.C.; 2026. Disponible en <https://doi.org/10.37774/9789275331316>.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org> y en <https://repositorio.cepal.org>.

**Derechos y licencias:** para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta Obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS y/o las Naciones Unidas, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS y/o la CEPAL los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula. Las partes y los países que representan no son responsables por el contenido de vínculos a sitios web externos incluidos en esta publicación.

La OPS y la CEPAL han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS y/o la CEPAL podrán ser consideradas responsables de daño alguno causado por su utilización.

CEPAL\_OPS/NMH-2026

Diseño de portada: © Prographics

Fotografías de portada: (izquierda) © Inside Creative House/Shutterstock.com; (derecha) © wavebreakmedia/Shutterstock.com

Tipografía: © Emilia Palomeque

# Índice

Agradecimientos .....	v
Siglas .....	vi
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
Alcance y propósito del informe .....	1
Enfoque analítico y metodología .....	2
<b>Sección 1. Datos y gestión de la información: brechas en las decisiones inclusivas basadas en datos</b> .....	<b>3</b>
Brechas en la gestión y uso estratégico de datos sobre discapacidad .....	3
Lectura desde la CDPD y el Modelo Social de la Discapacidad.....	5
Experiencias documentadas .....	7
Conclusiones de la sección.....	7
<b>Sección 2. Provisión de servicios de salud inclusivos: brechas para una atención sanitaria inclusiva basada en derechos</b> .....	<b>9</b>
Brechas en la provisión y organización de servicios inclusivos de salud .....	9
Lectura desde la CDPD y el Modelo Social de la Discapacidad.....	11
Experiencias documentadas .....	12
Conclusiones de la sección.....	13
<b>Sección 3. Construcción de capacidades inclusivas: brechas para el desarrollo de capacidades inclusivas en salud</b> .....	<b>14</b>
Brechas en la construcción de capacidades inclusivas en salud.....	14
Lectura desde la CDPD y el Modelo Social de la Discapacidad.....	15
Experiencias documentadas .....	17
Conclusiones de la sección.....	18
<b>Sección 4. Salud pública y gestión de emergencias: brechas para una respuesta inclusiva de salud en emergencias y desastres</b> .....	<b>19</b>
Brechas en la salud pública y la respuesta a emergencias desde un enfoque inclusivo.....	19
Lectura desde la CDPD y el Modelo Social de la Discapacidad.....	21

Experiencias documentadas .....	22
Conclusiones de la sección.....	23
<b>Sección 5. Recomendaciones para la inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y gestión de emergencias</b>	<b>24</b>
<b>Sección 6. La necesidad de fortalecer la inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y gestión de emergencias en América Latina y el Caribe</b>	<b>26</b>
Referencias.....	28
<b>Anexos</b>	<b>29</b>
Anexo 1. Cuestionario oficial enviado a los ministerios de salud o direcciones nacionales de discapacidad de los países .....	29
Anexo 2. Formulario de consulta a organizaciones de personas con discapacidad .....	31
<b>Cuadros</b>	
1. Brechas en la gestión de datos sobre discapacidad .....	5
2. Lectura desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).....	6
3. Lectura desde el Modelo Social de la Discapacidad .....	6
4. Experiencias documentadas en gestión de datos sobre discapacidad .....	7
5. Brechas en la provisión de servicios inclusivos de salud.....	10
6. Lectura desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).....	11
7. Lectura desde el Modelo Social de la Discapacidad .....	12
8. Experiencias documentadas en la provisión de servicios inclusivos de salud.....	12
9. Brechas en la construcción de capacidades inclusivas en salud.....	15
10. Lectura desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).....	16
11. Lectura desde el Modelo Social de la Discapacidad .....	16
12. Experiencias documentadas en la construcción de capacidades inclusivas en salud.....	17
13. Brechas en salud pública y emergencias desde un enfoque inclusivo .....	20
14. Lectura desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).....	21
15. Lectura desde el Modelo Social de la Discapacidad .....	22
16. Experiencias documentadas en salud pública y gestión de emergencias desde un enfoque inclusivo .....	23
17. Recomendaciones para la inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y gestión de emergencias.....	24

# Agradecimientos

Este informe ha sido elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Red Latinoamericana de Organizaciones de Personas con Discapacidad y sus Familias (RIADIS). Su redacción estuvo a cargo de Gustavo Pérez (OPS); María Luisa Marinho y Daniela González (CEPAL); y Juan Ángel De Gouveia y Carlos Areche (RIADIS); y Adans Bermeo Merchán y Denisse Calle Celi (equipo consultor). Se agradecen la colaboración de Carla Vidal y los comentarios de Alberto Arenas de Mesa, ambos de la CEPAL.

Los autores expresan su reconocimiento a los Ministerios de Salud, Direcciones Nacionales de Discapacidad y demás autoridades sectoriales de los países que remitieron información oficial para este estudio, cuya colaboración permitió fortalecer la base documental y ampliar la

comprensión institucional sobre las acciones desarrolladas en cada contexto nacional.

De manera especial, se agradece a las Organizaciones de Personas con Discapacidad (OPD) de América Latina y el Caribe que participaron en los espacios de consulta, grupos focales y entrevistas. Sus aportes, contruidos desde la experiencia, el trabajo territorial y el conocimiento situado, enriquecieron sustantivamente el análisis y aportaron una perspectiva indispensable para comprender los desafíos y avances en la inclusión en salud y emergencias.

Se extiende también el reconocimiento a la International Disability Alliance (IDA) y la RIADIS, cuyo impulso y apoyo estratégico fueron fundamentales para el desarrollo de este estudio regional sobre inclusión en salud y emergencias.

# Siglas

<b>CDPD</b>	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
<b>DIS</b>	Disability Information System (Sistema de Información sobre Discapacidad)
<b>INGRID-H</b>	Inclusión para la gestión del riesgo de desastres en hospitales
<b>OPD</b>	Organizaciones de Personas con Discapacidad
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>RIADIS</b>	Red Latinoamericana de Organizaciones de Personas con Discapacidad y sus Familias

# Introducción

La inclusión de las personas con discapacidad es una condición indispensable para alcanzar el desarrollo social inclusivo. Avanzar hacia un modelo de desarrollo que sitúe en el centro a las personas y sus derechos y que promueva una vida libre de pobreza, hambre y desigualdades (CEPAL, 2025a), requiere estrategias transversales para garantizar los derechos de toda la población, incluidas las personas con discapacidad y abarcando todos los sectores. Para ello, es fundamental fortalecer el compromiso de los países en esta materia, en particular con la salud universal, toda vez que la salud habilita el cumplimiento de otros derechos fundamentales (CEPAL/OPS, 2024).

En el marco de los esfuerzos realizados por los países de América Latina y el Caribe para superar las debilidades estructurales de sus sistemas de salud, tales como el subfinanciamiento, la segmentación y la fragmentación, destaca el fortalecimiento de sus marcos normativos e institucionales para atender de manera oportuna las necesidades de salud de la población con discapacidad, tanto a modo general como en situaciones de crisis y emergencias. Es fundamental que la inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y en la gestión de emergencias sea incorporada de manera transversal en la planificación sectorial, la organización de servicios, la gestión de la información y los mecanismos de preparación, respuesta y recuperación (Naciones Unidas, 2015). Esta integración es una condición para garantizar respuestas equitativas, inclusivas y sostenibles, tanto en el funcionamiento regular del sistema como en situaciones de crisis. Implementar el enfoque social y de derechos de la discapacidad en los sistemas de salud es central, entre otros factores, para fortalecer la respuesta de los países ante el envejecimiento poblacional, el aumento de las enfermedades no transmisibles, la creciente proporción de años vividos con discapacidad en la carga de enfermedad y la transición epidemiológica hacia la cronicidad.

Las diversas acciones implementadas por los países para superar las múltiples barreras que limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud de las personas con discapacidad, especialmente en contextos donde las desigualdades estructurales se profundizan, tal como quedó en evidencia durante la pandemia de COVID-19 (Meresman y Ullmann, 2020), contribuyen a enfrentar la crisis de desigualdad que atraviesa la región (CEPAL, 2025a). En este sentido, la inclusión de las personas con discapacidad en los sistemas de salud y gestión de emergencias no es solo un imperativo ético, sino una parte fundamental de la estrategia de desarrollo de los países, volviéndose central aumentar los esfuerzos para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes (CEPAL/OPS, 2024) que garanticen el derecho a la salud de la población con discapacidad en igualdad de condiciones.

## Alcance y propósito del informe

El presente documento realiza un recuento de los avances y desafíos de América Latina y el Caribe para la inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y en la gestión de emergencias. Para ello, se realiza un análisis de los progresos, brechas y experiencias documentadas que contribuyan a fortalecer respuestas equitativas, inclusivas y sostenibles, brindando la oportunidad de aprender de las mejores prácticas de los países de la región. El documento incluye un conjunto de recomendaciones de políticas para enfrentar las desigualdades que aún persisten en América Latina y el Caribe.

El análisis se organiza en cuatro dimensiones: i) datos y gestión de la información; ii) provisión de servicios inclusivos de salud; iii) construcción de capacidades inclusivas; y iv) salud pública y gestión de emergencias. La información sintetizada se construye a partir de insumos remitidos por parte de los 10 países participantes (véase el anexo 1),

con base en una amplia revisión documental y un proceso de consulta a Organizaciones de Personas con Discapacidad (OPD), Direcciones Nacionales de Discapacidad, Ministerios de Salud y otras instituciones sectoriales. Es importante mencionar que el informe no abarca de manera exhaustiva la totalidad de la realidad regional en materia de inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y de gestión de emergencias, por lo que los hallazgos y análisis presentados no deben interpretarse como una representación completa ni definitiva de la situación en todos los Estados de la región, sino como una aproximación basada en la evidencia disponible al momento del estudio.

### **Enfoque analítico y metodología**

El análisis realizado se fundamenta en un enfoque de derechos y en el Modelo Social de la Discapacidad, tomando como referencia principal la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (Naciones Unidas, 2006). A lo largo del informe, ambos marcos se articulan de manera transversal para examinar las brechas que pueden

permanecer entre los estándares normativos y las prácticas institucionales. Además, se identifican los desafíos que persisten para implementar de manera efectiva los derechos de las personas con discapacidad, tal como están reconocidos formalmente en los sistemas de salud y gestión de emergencias.

Metodológicamente, el estudio se basa en la revisión documental sectorial, información oficial remitida por países participantes del estudio y una fase de consulta. La consulta se desarrolló mediante formularios, un grupo focal y entrevistas cualitativas (véase el anexo 2). En cumplimiento del principio de confidencialidad, los aportes de las OPD se presentan de forma anónima y consolidada por país. La integración de estas fuentes se realizó mediante análisis comparativo y triangulación cualitativa, con el objetivo de identificar patrones, brechas y experiencias documentadas en materia de inclusión en salud y gestión de emergencias, considerando el ciclo completo que incluye la formulación normativa, implementación y seguimiento.

## SECCIÓN 1

# Datos y gestión de la información: brechas en las decisiones inclusivas basadas en datos

*“Sin información adecuada, la inclusión queda en la intención y no se traduce en la práctica.”*

Organización de Personas con Discapacidad – Colombia

Los datos y la gestión de la información en los sistemas de salud y gestión de emergencias constituyen un componente central para garantizar la inclusión efectiva de las personas con discapacidad. Contar con dicha información sobre las personas con discapacidad es un desafío permanente en los países de la región, principalmente porque ha implicado dejar atrás mediciones estigmatizantes, evitar la subenumeración y proporcionar datos de calidad desde un enfoque social y de derechos (CEPAL, 2025b). Uno de estos desafíos es lograr que la medición de la discapacidad se realice desde el mismo enfoque social y de derechos en todas las fuentes de datos que recopilan información sobre las personas con discapacidad, lo que permite la comparabilidad entre los diferentes registros administrativos y otras fuentes como censos y encuestas.

La manera en que la información se produce, organiza, integra y utiliza influye directamente en la planificación de servicios, la identificación de riesgos diferenciados y la capacidad de respuesta, tanto de manera general como ante situaciones de crisis, orientando a las autoridades sectoriales en la toma de decisiones basadas en evidencia y en la planificación de políticas públicas que garanticen los derechos de las personas con discapacidad (CEPAL, 2025b).

Al mismo tiempo, la disponibilidad y accesibilidad de información pertinente resulta clave para que las OPD

y las personas con discapacidad participen de manera informada en procesos de decisión, seguimiento y mecanismos formales de supervisión de las políticas y servicios de salud (UNICEF/CEPRENAC, 2016). Más allá de la existencia de registros o instrumentos técnicos, el valor de los datos radica en su potencial para fortalecer decisiones que contribuyan a reducir las desigualdades y estén basadas en derechos (RIADIS, 2024; CEPAL, 2025b). Los contextos y las situaciones en los que la información es insuficiente o de baja calidad pueden profundizar las brechas en el ejercicio del derecho a la salud, y limitar la efectividad de las intervenciones sanitarias y de gestión del riesgo (UNICEF/CEPRENAC, 2016).

Es importante tener en cuenta que, en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), se destaca la relevancia de la recopilación y producción de información adecuada, oportuna y desglosada sobre las personas con discapacidad (artículo 31). Para cumplir con lo establecido en la convención, los países de la región han realizado diversos esfuerzos en términos de diseño, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas que contribuyan a la observancia de sus derechos, así como a la promoción y defensa de esos derechos (CEPAL, 2025b).

### **Brechas en la gestión y uso estratégico de datos sobre discapacidad**

El uso estratégico de la información sobre discapacidad en salud y gestión de emergencias requiere sistemas de información capaces de identificar necesidades y riesgos diferenciados según

tipo de discapacidad, edad, sexo y territorio, entre otras variables, anticipando desigualdades e impactos en contextos de crisis. Este tipo de sistemas de información, que permiten un análisis interseccional, contribuye a diseñar el tipo de apoyo e intervenciones requeridas según las necesidades de cada persona. De igual modo, supone la incorporación sistemática de variables que aseguren desagregación consistente, comparabilidad y análisis de desigualdades, orientando la planificación, asignación de recursos y evaluación de políticas públicas desde un enfoque de derechos.

Los países de la región cuentan con registros administrativos, procesos de certificación y bases sectoriales que han permitido visibilizar a la población con discapacidad desde un enfoque social y derechos en estadísticas oficiales y reflejan avances de reconocimiento institucional, como se verá más adelante en esta sección. Estos esfuerzos son un paso significativo para avanzar en el uso estratégico de la información sobre discapacidad en salud y gestión de emergencias.

No obstante, el análisis evidencia que permanecen diversos desafíos en esta dimensión, algunos de los cuales corresponden a retos de los sistemas de salud en general que implican limitaciones particulares para la integración de la discapacidad. Entre ellos, se observa que la información permanece dispersa en registros paralelos con limitada interoperabilidad entre los sistemas de información de los sistemas de salud, lo que dificulta entregar respuestas integrales a toda la población, en particular a las personas con discapacidad. Junto a ello, en múltiples ocasiones la desagregación de los datos es irregular y su uso se concentra principalmente en funciones administrativas, lo que limita la posibilidad de su aplicación sistemática para la toma de decisiones inclusivas o la preparación diferenciada ante emergencias. Estas debilidades dificultan que los países puedan consolidar sistemas de salud que tengan una visión integral de las trayectorias de atención de salud y riesgos acumulados, centrada en las personas y comunidades para identificar las necesidades particulares y las intervenciones requeridas.

Asimismo, la accesibilidad y gobernanza de la información sanitaria presentan debilidades estructurales (Naciones Unidas, 2024; CEPAL, 2025b). La difusión de la información está principalmente dirigida a públicos técnicos y utiliza formatos poco accesibles para actores no especializados, lo que dificulta la participación social en el monitoreo y la exigibilidad del derecho a la salud. En este contexto, la participación de las OPD suele ser consultiva y puntual, sin mecanismos institucionalizados que faciliten su incidencia en la definición, validación y uso estratégico de los datos, lo que limita los beneficios de su participación activa.

En conjunto, estos factores evidencian los desafíos estructurales que enfrentan los países de la región en la disponibilidad y gestión de datos sobre discapacidad. Entre ellos se destacan la fragmentación de la información, la escasa interoperabilidad, la insuficiente integralidad en el uso para decisiones inclusivas y el acceso limitado para la participación de las personas con discapacidad. Estas limitaciones reducen el valor operativo de la información, obstaculizando una respuesta universal, integral, sostenible y resiliente en salud que incluya a las personas con discapacidad, tanto de manera general como en situaciones de emergencias. En última instancia, esto restringe el gran potencial de los datos y sistemas de información para anticipar riesgos y atender de manera oportuna las diversas necesidades de las personas y comunidades, en particular a la población con discapacidad, y, así, contribuir al fortalecimiento de la resiliencia de los sistemas de salud.

El análisis realizado permite identificar cinco dimensiones críticas respecto a la gestión de los datos sobre discapacidad que inciden directamente en la capacidad de los países para planificar, asignar recursos y entregar respuestas inclusivas (véase el cuadro 1). Estas dimensiones reflejan los desafíos institucionales sobre interoperabilidad de registros, desagregación, gobernanza y equilibrio entre protección de datos y uso estratégico que deben enfrentar los países de la región.

## CUADRO 1 Brechas en la gestión de datos sobre discapacidad

Dimensión	Brechas identificadas	Implicaciones para la inclusión de la discapacidad
<b>Disponibilidad e interoperabilidad de la información</b>	Registros administrativos, certificación de discapacidad y sistemas de servicios que operan en paralelo, con escasa interoperabilidad y coordinación intersectorial.	La planificación integral, el seguimiento de trayectorias, la evaluación de políticas, la continuidad del cuidado y la anticipación de riesgos diferenciados con enfoque de discapacidad en emergencias se ven limitados en diversas dimensiones.
<b>Accesibilidad y usabilidad de la información</b>	Información orientada al reporte administrativo interno, con escasa adaptación a formatos accesibles o comprensibles para actores no especializados.	Reduce la transparencia, la rendición de cuentas y el monitoreo social; restringe la participación informada de las OPD y la exigibilidad del derecho a la salud.
<b>Desagregación de los datos</b>	Incorporación parcial o irregular de variables clave (tipo de discapacidad, edad, sexo, territorio), con limitada comparabilidad entre contextos.	La identificación de desigualdades y la asignación diferenciada de recursos es más difícil y se restringe las respuestas ajustadas a personas con discapacidad en contextos rurales y de emergencia.
<b>Participación de las OPD en la gobernanza de los datos</b>	Participación principalmente consultiva y puntual, sin mecanismos institucionalizados de incidencia en la definición, la validación y el uso de datos.	Debilita potencialmente la legitimidad y pertinencia de la información y con ello podría ampliar la brecha entre datos oficiales y la experiencia vivida.
<b>Protección de la confidencialidad de la información</b>	Limitada evidencia sobre lineamientos específicos para el tratamiento de información sensible sobre discapacidad; criterios de uso y compartición poco claros.	Puede generar tensiones entre privacidad y uso estratégico, lo que podría afectar a las decisiones inclusivas y oportunas en salud pública y emergencias.

OPD: Organizaciones de Personas con Discapacidad.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta.

### Lectura desde la CDPD y el Modelo Social de la Discapacidad

Los desafíos que aún enfrentan los países de la región en la gestión de datos sobre discapacidad en salud pueden analizarse desde dos marcos complementarios. La CDPD establece obligaciones estatales en materia de producción, uso, desagregación, accesibilidad y protección de la información como condición para garantizar el derecho a la salud y la protección de la población con discapacidad en situaciones de emergencia (Naciones Unidas, 2006). El Modelo Social de la Discapacidad, por su parte, permite examinar cómo los sistemas de información pueden reproducir exclusión cuando se centran en registros administrativos que no cuentan con un enfoque de derechos y social o diagnósticos individuales y no incorporan de manera explícita el análisis de las barreras (Naciones Unidas, 2006).

La lectura comparada desde estos marcos evidencia que el desafío no radica solamente en la escasez de datos, sino en el enfoque desde donde se mide la discapacidad, su orientación, articulación y gobernanza. La producción de información alineada con derechos y una gestión de datos que incorpore sistemáticamente el registro y análisis de barreras son necesarias para que los sistemas de salud y la gestión de emergencias puedan operar con información integral que visibilice a la población con discapacidad. Asimismo, ello contribuye a transformar aquellas condiciones que reproducen exclusión y desigualdades. El cuadro 2 y el cuadro 3 presentan el análisis de las brechas entre estándares normativos y las prácticas observadas a través de las consultas realizadas, así como las dificultades para implementar de manera efectiva los derechos de las personas con discapacidad reconocidos formalmente.

## CUADRO 2 Lectura desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)

Dimensión analizada	Qué plantea la CDPD	Qué se observa en la práctica
<b>Producción de información</b>	La información debe servir para garantizar el derecho a la salud y la protección en situaciones de emergencia de las personas con discapacidad, orientando decisiones y políticas basadas en derechos.	Se han desarrollado registros administrativos y reportes sectoriales que incluyen la discapacidad; sin embargo, su uso sistemático para orientar decisiones en salud y gestión del riesgo continúa siendo limitado.
<b>Desagregación y comparabilidad</b>	Los datos deben permitir identificar desigualdades y evaluar resultados entre distintos grupos de población, incluyendo las personas con discapacidad.	La incorporación de variables de desagregación por discapacidad es parcial o irregular, limitando la comparabilidad y una identificación consistente de desigualdades, especialmente en territorios rurales o contextos de emergencia.
<b>Uso de la información</b>	La información y los datos sobre discapacidad deben utilizarse para la toma de decisiones, el seguimiento y la rendición de cuentas.	Predomina el uso operativo y administrativo, con aplicación limitada para la evaluación de políticas públicas y la preparación ante emergencias con enfoque de discapacidad.
<b>Accesibilidad de los datos</b>	La información debe ser accesible para distintos actores, incluidas las personas con discapacidad y sus organizaciones.	La difusión está orientada principalmente a públicos técnicos, con formatos poco accesibles o comprensibles para actores no especializados.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta y con base en Naciones Unidas, 2006.

## CUADRO 3 Lectura desde el Modelo Social de la Discapacidad

Dimensión analizada	Qué plantea el Modelo Social	Qué se observa en la práctica
<b>Concepción de la discapacidad</b>	La discapacidad resulta de barreras sociales, institucionales y comunicacionales, no de condiciones individuales.	Los sistemas de información continúan centrados en la certificación y el diagnóstico, sin registrar de forma sistemática las barreras que enfrentan las personas con discapacidad en el acceso a la salud y en la gestión de emergencias.
<b>Identificación de barreras</b>	Los datos deben permitir identificar barreras estructurales que limitan el ejercicio del derecho a la salud de las personas con discapacidad.	Las barreras para acceder a la salud que experimentan las personas con discapacidad, de manera general y en contextos de emergencias, suelen manifestarse a través de experiencias directas, ya que los registros oficiales no las capturan de manera sistemática.
<b>Participación de OPD</b>	Las personas con discapacidad deben participar en la producción, validación y uso de la información.	Se describen espacios de consulta para las OPD y personas con discapacidad, pero no mecanismos institucionalizados con incidencia estable en la definición de variables ni en el análisis de datos de salud.
<b>Gobernanza de la información</b>	La gestión de la información debe ser inclusiva, participativa y orientada a derechos, con enfoque de discapacidad.	No se identifican mecanismos consolidados de gestión compartida de datos en salud con enfoque de discapacidad, por lo que las decisiones suelen permanecer concentradas en instancias técnicas del sector salud.

OPD: Organizaciones de Personas con Discapacidad.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta y con base en Naciones Unidas, 2006.

## Experiencias documentadas

En el marco de los múltiples desafíos para la inclusión de las personas con discapacidad en los sistemas de salud y gestión de emergencias, es importante destacar que los países de América Latina y el Caribe han demostrado un compromiso creciente con la inclusión de las personas con discapacidad mediante avances significativos en diversas dimensiones de la gestión de información (véase el cuadro 4). Estos progresos se observan en el fortalecimiento de los sistemas de datos, con iniciativas que van desde la consolidación de encuestas y registros administrativos

con enfoque de discapacidad, hasta la integración de procesos de certificación y mecanismos de interoperabilidad, incluyendo la integración de la certificación de la discapacidad con los registros sectoriales en el sistema de salud. Asimismo, varios países han incorporado variables de discapacidad en instrumentos estadísticos clave, lo que contribuye a fortalecer la planificación sectorial. Paralelamente, se han impulsado prácticas de transparencia y protección de datos, junto con normativas que garantizan la accesibilidad y la difusión inclusiva de la información.

### CUADRO 4 Experiencias documentadas en gestión de datos sobre discapacidad

Dimensión	Países	Principales avances reportados en inclusión de la discapacidad
<b>Disponibilidad y articulación de registros</b>	Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Cuba, Panamá, Paraguay	Consolidación de encuestas y registros administrativos con enfoque de discapacidad; certificación de la discapacidad como mecanismo de identificación; esfuerzos de interoperabilidad y fortalecimiento de bases sectoriales para la inclusión de la discapacidad.
<b>Registros administrativos y certificación</b>	Cuba, Paraguay, Perú, República Dominicana	Integración de la certificación y registros sectoriales en el sistema de salud para la identificación y vinculación institucional, con desagregación por tipo de discapacidad y grupo etario para fines de planificación.
<b>Desagregación y uso técnico de datos</b>	Brasil, Guyana, México	Incorporación de variables de discapacidad en instrumentos estadísticos y registros administrativos para planificación sectorial.
<b>Producción, difusión y protección de información</b>	Argentina, Las Bahamas, Brasil, Jamaica, México	Publicación institucional de estadísticas de discapacidad; aplicación de marcos de protección de datos; normativas de accesibilidad y no discriminación para difusión inclusiva.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta.

En su conjunto, estos esfuerzos reflejan la firme voluntad de los países de la región para avanzar hacia sistemas que posibiliten la planificación y entregar respuestas equitativas, inclusivas y sostenibles, aun cuando persistan desafíos en materia de integración, gobernanza y uso estratégico para decisiones inclusivas.

## Conclusiones de la sección

Los países de la región han logrado importantes avances en materia de datos y gestión de la información sobre discapacidad en salud y en situaciones de emergencia. Ello se refleja en los

progresos observados en los registros administrativos, procesos de certificación y bases sectoriales que han permitido visibilizar a la población con discapacidad desde un enfoque social y de derechos. Estos avances muestran un creciente reconocimiento institucional y permiten desarrollar una base desde la cual avanzar hacia un fortalecimiento de la gobernanza de la información, incluyendo la accesibilidad de la información y espacios de diálogo donde las OPD y personas con discapacidad puedan participar de manera más activa en la producción, validación y uso de la información.

Pese a estos logros, persisten brechas significativas que deben ser abordadas por los países. Es fundamental superar la fragmentación de la información, la desagregación irregular y la interoperabilidad limitada, a fin de alcanzar una visión integral del acceso a la salud e incrementar la capacidad de anticipar riesgos y responder de manera inclusiva, especialmente en emergencias. Además, es importante avanzar desde un uso principalmente administrativo hacia un uso

estratégico de la información, garantizar la difusión en formatos accesibles, promover la participación de las OPD en la toma de decisiones y asegurar mayor claridad respecto a los marcos generales de protección de la confidencialidad de los datos personales. Este tipo de acciones contribuiría a aumentar el valor operativo de los datos para orientar decisiones inclusivas en salud y entregar respuestas equitativas, inclusivas y sostenibles.

## SECCIÓN 2

# Provisión de servicios de salud inclusivos: brechas para una atención sanitaria inclusiva basada en derechos

*“Se atiende (en los servicios de salud) desde una mirada caritativa y no desde un enfoque de derechos, y eso termina afectando la calidad de la atención [de las personas con discapacidad].”*

Organización de Personas con Discapacidad – Perú

La provisión de servicios de salud es uno de los ámbitos operativos donde debe implementarse la inclusión de las personas con discapacidad (RIADIS, 2024). Más allá de la existencia formal de servicios sanitarios, el ejercicio efectivo del derecho a la salud depende de cómo estos se organizan, se prestan y se adaptan para responder a necesidades diversas, garantizar la continuidad en la atención y ofrecer respuestas oportunas, de manera general y en situaciones de emergencia (UNDRR, 2023).

Para las autoridades del sector, esto implica superar los diversos desafíos que se enfrentan para asegurar las condiciones institucionales, técnicas y operativas que permitan una atención equitativa, inclusiva y accesible. Por su parte, para las OPD y las personas con discapacidad, supone contar con servicios accesibles, pertinentes y ajustados a sus necesidades, así como con información y mecanismos que permitan monitorear su calidad y exigir el cumplimiento de sus derechos.

La provisión de servicios inclusivos es multidimensional, toda vez que no se limita a la infraestructura, sino que involucra dimensiones organizativas, comunicacionales y actitudinales que inciden directamente en la experiencia de atención y en los resultados en salud. Ello implica que garantizarla es una tarea altamente compleja que requiere de acciones integrales.

### **Brechas en la provisión y organización de servicios inclusivos de salud**

La provisión de servicios de salud desde un enfoque de derechos requiere accesibilidad integral, incorporación sistemática de ajustes razonables, continuidad del cuidado y capacidad de respuesta oportuna, de manera general y en situaciones de emergencia (UNICEF/CEPRENAC, 2016). Implica organizar los servicios para personas con discapacidad, considerando necesidades diferenciadas de apoyo y accesibilidad según la edad, el género y el contexto territorial de la persona con discapacidad, así como garantizar mecanismos de seguimiento sostenido y participación activa en la mejora de la atención (OPS, 2025a).

El análisis muestra que distintos países de la región han impulsado avances significativos para fortalecer la provisión de servicios de salud para personas con discapacidad. Estos esfuerzos incluyen mejoras en la accesibilidad, la organización de servicios especializados, la prevención, la incorporación de modalidades alternativas de atención y el desarrollo de marcos normativos que reconocen el derecho a la salud de las personas con discapacidad. Aunque estos resultados varían según las capacidades y contextos institucionales propios de cada país, estas acciones representan un progreso clave para avanzar en la provisión y organización de servicios inclusivos de salud.

A pesar de estos avances, persisten barreras físicas, organizativas y comunicacionales que limitan el acceso efectivo de las personas con discapacidad a los servicios de salud. La organización de dichos servicios suele centrarse en la oferta disponible —particularmente

en rehabilitación o atención especializada— con una limitada adaptación estructural a las diversas necesidades. Asimismo, la implementación de ajustes razonables es heterogénea y poco documentada, y la continuidad del cuidado no siempre se garantiza, especialmente en contextos de emergencia.

También se observan desafíos en términos de la participación de las OPD en la evaluación y mejora de los servicios, ya que su intervención suele ser consultiva y puntual. La escasa institucionalización de modelos inclusivos en las estrategias preventivas reduce la capacidad del sistema para anticipar riesgos y ofrecer respuestas equitativas, inclusivas y sostenibles. En conjunto, estos muestran que los retos en la provisión de servicios inclusivos son estructurales. Aunque existen marcos normativos, su articulación operativa, la adaptación sistemática a necesidades diversas y

la garantía de continuidad de la atención sanitaria a personas con discapacidad siguen siendo desiguales, lo que limita la capacidad efectiva del sistema para asegurar el ejercicio pleno del derecho a la salud, incluyendo la atención en emergencias, de las personas con discapacidad.

El presente estudio propone el análisis de seis dimensiones críticas que inciden directamente en el acceso efectivo a la salud, la calidad de la atención sanitaria y la continuidad del cuidado (véase el cuadro 5). Estas dimensiones reflejan los desafíos institucionales que permanecen respecto a la organización, la implementación normativa, el seguimiento y la articulación preventiva. Dichas limitaciones incrementan los riesgos de impactos negativos sobre la población con discapacidad, que se intensifican en contextos de emergencia.

#### **CUADRO 5 Brechas en la provisión de servicios inclusivos de salud**

<b>Dimensión</b>	<b>Brechas identificadas</b>	<b>Implicaciones de la barrera para la inclusión</b>
<b>Acceso a los servicios de salud</b>	Persisten barreras físicas, de transporte, comunicacionales, organizativas y administrativas, aun cuando los servicios existan formalmente.	Limitan el ejercicio del derecho a la salud de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones y pueden profundizar desigualdades territoriales y de acceso a la atención durante emergencias.
<b>Servicios específicos dirigidos a personas con discapacidad</b>	Provisión centrada en la rehabilitación o atención especializada a las personas con discapacidad, con limitada articulación entre niveles y escasa adaptación a necesidades diversas.	Reduce la pertinencia de la atención y dificulta la continuidad y calidad del cuidado a lo largo del curso de vida de la población con discapacidad.
<b>Políticas, normativas y protocolos</b>	Reconocimiento normativo del derecho a la salud de las personas con discapacidad, con implementación operativa irregular en servicios sanitarios, en general y durante emergencias.	Amplía potencialmente la brecha entre norma y práctica, afectando la coherencia de la provisión inclusiva.
<b>Modelos de atención inclusiva</b>	Iniciativas con enfoque de la discapacidad puntuales, sin evidencia de institucionalización, evaluación sistemática o integración estructural.	Limita las respuestas integrales, continuas y adaptadas a necesidades diferenciadas.
<b>Continuidad del cuidado</b>	Escasa documentación de mecanismos de seguimiento, referencia y contrarreferencia de las personas con discapacidad.	Puede incrementar el riesgo de interrupciones en los tratamientos, especialmente en contextos de crisis.
<b>Prevención y discapacidad</b>	Estrategias de prevención de la discapacidad centradas en el tamizaje neonatal y la primera infancia, con limitada articulación preventiva a lo largo del ciclo de vida.	Limita la intervención oportuna y el seguimiento sostenido, lo que puede ampliar las desigualdades en salud de las personas con discapacidad a largo plazo.

*Fuente:* Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta.

## Lectura desde la CDPD y el Modelo Social de la Discapacidad

La CDPD establece obligaciones claras en materia de acceso sin discriminación, calidad de la atención, continuidad del cuidado y accesibilidad de la información de las personas con discapacidad, inclusive en contextos de emergencia (Naciones Unidas, 2006). El Modelo Social de la Discapacidad, por su parte, permite examinar cómo la organización concreta de los servicios —infraestructura, comunicación, tiempos, procedimientos y cultura institucional— puede constituir una barrera cuando no incorpora ajustes razonables ni responde a necesidades diversas (Naciones Unidas, 2006).

La lectura comparada desde estos marcos permite identificar los retos que los países de la región aún enfrentan para asegurar una provisión de salud inclusiva. El análisis muestra que las brechas observadas no se explican únicamente por la ausencia de normas, sino por la forma en que los servicios se organizan, implementan y gestionan en la práctica. El cuadro 6 y el cuadro 7 presentan el análisis de las brechas entre estándares normativos y las prácticas observadas a través de las consultas realizadas, así como las dificultades para implementar de manera efectiva los derechos de las personas con discapacidad reconocidos formalmente en términos de servicios de salud inclusivos.

### CUADRO 6 Lectura desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)

Dimensión analizada	Qué plantea la CDPD	Qué se observa en la práctica
<b>Acceso a los servicios de salud</b>	Garantizar el acceso a las personas con discapacidad, sin discriminación, en igualdad de condiciones y con incorporación de ajustes razonables.	Si bien los servicios existen formalmente, persisten barreras físicas, actitudinales, comunicacionales y organizativas que limitan el acceso efectivo de las personas con discapacidad.
<b>Calidad y adecuación de la atención</b>	Asegurar a las personas con discapacidad una atención adecuada, oportuna, continua y respetuosa de la dignidad.	Se describe la cobertura y oferta para las personas con discapacidad, pero la documentación sobre la adaptación sistemática a necesidades diversas y los ajustes razonables en la atención cotidiana es escasa.
<b>Continuidad de la atención en situaciones de emergencia</b>	Garantizar la protección y continuidad de la atención de las personas con discapacidad en contextos de riesgo y emergencia.	En emergencias, la organización de los servicios prioriza la respuesta general, lo que puede afectar la continuidad del cuidado de personas con discapacidad.
<b>Información y comunicación en los servicios</b>	Proporcionar información accesible, comprensible y oportuna para las OPD y personas con discapacidad.	La información clínica y administrativa no siempre se presenta en formatos accesibles; la comunicación suele orientarse a públicos generales o técnicos.

OPD: Organizaciones de Personas con Discapacidad.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta y con base en Naciones Unidas, 2006.

## CUADRO 7 Lectura desde el Modelo Social de la Discapacidad

Dimensión analizada	Qué plantea el Modelo Social	Qué se observa en la práctica
<b>Significado de la discapacidad en la atención</b>	La discapacidad resulta de barreras sociales e institucionales, no de condiciones individuales.	Predominan enfoques clínicos centrados en el diagnóstico, con incorporación limitada del enfoque de barreras en la provisión de atención.
<b>Identificación de barreras en los servicios</b>	Identificar y remover de manera sistemática barreras que limitan el ejercicio del derecho a la salud de las personas con discapacidad.	Las barreras físicas, actitudinales y comunicacionales que enfrentan las personas con discapacidad son evidentes en la experiencia cotidiana, aunque no siempre se registran ni se gestionan de forma sistemática.
<b>Participación de OPD en los servicios</b>	Garantizar la participación de las OPD en el diseño, evaluación y mejora de los servicios sanitarios.	Existen espacios de diálogo y consulta con las OPD, pero no siempre se traducen en mecanismos estables con incidencia en la organización y mejora continua de los servicios.
<b>Organización de los servicios sanitarios</b>	Adaptar los servicios a la diversidad de necesidades y contextos territoriales de las personas con discapacidad.	Predominan modelos estandarizados que han ampliado la cobertura, con flexibilidad limitada para responder a realidades diversas de las personas con discapacidad.

OPD: Organizaciones de Personas con Discapacidad.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta y con base en Naciones Unidas, 2006.

### Experiencias documentadas

En el marco de los múltiples desafíos para garantizar la provisión de servicios de salud inclusivos que garanticen el derecho a la salud de la población con discapacidad, existen importantes avances en los países de la región orientados a fortalecer la provisión de servicios de salud para personas con discapacidad (véase el cuadro 8). Entre los avances observados, destacan las mejoras en la accesibilidad física y comunicacional, así como el fortalecimiento de los servicios de rehabilitación y atención especializada de las personas con discapacidad. También se observa el desarrollo e implementación de iniciativas preventivas

y lineamientos vinculados a la discapacidad en salud, junto a experiencias en las que se avanzó en la ampliación territorial mediante el uso de telemedicina y recursos humanos especializados. Asimismo, se observa un fortalecimiento de los marcos normativos de algunos países, al desarrollar instrumentos regulatorios que reconocen el derecho a la salud de las personas con discapacidad y establecen disposiciones de atención prioritaria en emergencias, así como casos en los que la certificación de la discapacidad es utilizada como mecanismo de identificación y vinculación administrativa al sistema de salud.

## CUADRO 8 Experiencias documentadas en la provisión de servicios inclusivos de salud

Dimensión	Países	Avance principal reportado
<b>Accesibilidad y ajustes en servicios</b>	Belice, Brasil, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas	Componentes de accesibilidad en servicios y acciones para mejorar el acceso físico y comunicacional, incluyendo procesos de adecuación progresiva de infraestructura y cumplimiento de estándares mínimos.
<b>Rehabilitación y organización de oferta especializada</b>	Bolivia (Estado plurinacional de), Chile, Cuba	Servicios de rehabilitación y atención especializada de las personas con discapacidad, con cobertura definida y reconocimiento de brechas territoriales.

## CUADRO 8 Experiencias documentadas en la provisión de servicios inclusivos de salud (*continuación*)

Dimensión	Países	Avance principal reportado
<b>Prevención y lineamientos sectoriales</b>	Belice, Perú, República Dominicana	Iniciativas preventivas y lineamientos vinculados a discapacidad en salud, incluyendo estrategias de detección temprana y marcos normativos asociados.
<b>Recursos humanos y modalidades alternativas de atención</b>	Panamá	Uso de telemedicina y recursos especializados para ampliar el acceso territorial a las personas con discapacidad.
<b>Marco normativo y disposiciones en emergencias</b>	Ecuador, México	Instrumentos regulatorios que reconocen el derecho a la salud de las personas con discapacidad y disposiciones de atención prioritaria en emergencias.
<b>Vinculación administrativa al sistema de salud</b>	Paraguay	Certificación de la discapacidad como mecanismo de identificación y vinculación institucional al sistema de salud.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta.

Estas experiencias no solo contribuyen al intercambio entre los países y al aprendizaje de las buenas prácticas, sino que también confirman el compromiso de la región en garantizar las condiciones institucionales, técnicas y operativas que permitan una atención equitativa, inclusiva y accesible.

### Conclusiones de la sección

En síntesis, los hallazgos muestran que los países de América Latina y el Caribe han desarrollado diversos avances para avanzar hacia servicios de rehabilitación y prestaciones de salud inclusivas, como la entrega de dispositivos a personas con discapacidad, reflejando reconocimiento formal del derecho a la salud. Asimismo, se reconocen esfuerzos en la implementación de estrategias de prevención en etapas tempranas, como el tamizaje neonatal y la primera infancia, así como avances en la organización de servicios, los cuales, aunque heterogéneos, buscan enfrentar los múltiples desafíos que persisten para responder a las necesidades de las personas con discapacidad.

Junto a ello, hay diversos desafíos que se deben abordar para consolidar sistemas de salud más inclusivos. Entre ellos, destaca la necesidad de superar las barreras de acceso —físicas, comunicacionales, organizativas y territoriales— que restringen el ejercicio del derecho a la salud, con impactos diferenciados según el tipo de discapacidad y el contexto socioeconómico. De igual modo, es fundamental enfrentar la fragmentación de los sistemas de salud, avanzando hacia mayores grados de articulación entre niveles, la aplicación consistente de ajustes razonables y la adaptación a necesidades diversas, a fin de fortalecer el cuidado a lo largo del curso de vida y en situaciones de emergencia de las personas con discapacidad. Asimismo, es importante ampliar las estrategias de prevención de la discapacidad a lo largo del curso de vida y fortalecer su integración estructural en la organización regular de los servicios. Finalmente, es clave avanzar en la sistematización y evaluación de la calidad de la atención desde la experiencia de las personas con discapacidad, incorporando indicadores sobre adecuación, ajustes razonables y resultados en términos de inclusión efectiva.

## SECCIÓN 3

# Construcción de capacidades inclusivas: brechas para el desarrollo de capacidades inclusivas en salud

*“Se hacen procesos de capacitación, pero cuando el personal rota, todo el aprendizaje se pierde y se empieza de cero.”*

Organización de Personas con Discapacidad – Perú

La inclusión de las personas con discapacidad en los sistemas de salud requiere capacidades técnicas y organizacionales inclusivas. Junto a los marcos normativos y la disponibilidad de servicios, es central contar con personal formado, protocolos claros y estructuras institucionales que integren la discapacidad en el funcionamiento regular del sistema y que tengan las capacidades necesarias para implementar las normativas (OPS, 2025a). Estas capacidades inciden directamente en la calidad de la atención en salud y en la preparación y respuesta ante emergencias.

El levantamiento de información realizado muestra que los países de la región han realizado diversos esfuerzos en materia de capacitación y fortalecimiento institucional. Sin embargo, su continuidad, alcance y articulación con sistemas permanentes de formación y supervisión son desiguales. La institucionalización de las capacidades son centrales para fortalecer las prácticas inclusivas y garantizar su consistencia, particularmente en escenarios de alta presión operativa, como las emergencias.

### **Brechas en la construcción de capacidades inclusivas en salud**

El desarrollo de capacidades inclusivas en salud requiere la formación continua del personal; incorporación sistemática del enfoque social y de derechos e inclusivo en la preparación ante

emergencias; protocolos operativos aplicados en la práctica, y la institucionalización de estas capacidades en la gestión del personal de salud (OPS, 2025a). Implica, además, la participación activa de las OPD en procesos formativos y de mejora institucional, de modo que la experiencia vivida contribuya a orientar contenidos, metodologías y prioridades (UNICEF/CEPRENAC, 2016).

Los países de América Latina y el Caribe han realizado distintos esfuerzos para fortalecer el desarrollo de capacidades inclusivas en el sector salud, destacándose acciones formativas, lineamientos técnicos, proyectos de fortalecimiento institucional, disposiciones normativas y referencias a la inclusión laboral en el sector público. Se trata de iniciativas y acciones que sientan una base fundamental para avanzar en la institucionalización de capacidades inclusivas. No obstante, estos avances se ven obstaculizados por diversos retos institucionales.

La información recabada identificó que, en muchos casos, la capacitación en discapacidad del personal de salud suele ser puntual y no sostenida y que la formación en gestión de emergencias no incorpora de manera sistemática el enfoque inclusivo. Junto a ello, se pudo observar que la implementación de los protocolos es heterogénea y la documentación sobre su seguimiento es escasa. Ello implica que la institucionalización de las capacidades inclusivas debe ser fortalecida, evitando que dependa de proyectos o impulsos temporales. De lo contrario, se generan capacidades fragmentadas y discontinuas, especialmente en contextos de rotación del personal.

En conjunto, estas condiciones revelan la necesidad de transitar desde actividades formativas aisladas dirigidas al personal de salud hacia una integración estructural de capacidades inclusivas en el funcionamiento regular del sistema de salud. Se requiere una institucionalización sostenible —formación continua, protocolos operativos, mecanismos de supervisión y participación— para mantener las capacidades, reducir la desigualdad de su aplicación y sostener de manera

consistente los estándares de atención oportuna, particularmente durante emergencias.

Es así como el presente documento identifica cinco dimensiones críticas que inciden en el desarrollo y la sostenibilidad de las capacidades inclusivas del personal de salud, incluyendo la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia (véase el cuadro 9).

## CUADRO 9 Brechas en la construcción de capacidades inclusivas en salud

Dimensión	Brechas identificadas	Implicaciones de la barrera para la inclusión
<b>Capacitación del personal de salud en inclusión de la discapacidad</b>	La discapacidad no se integra de manera sistemática en la formación inicial ni en esquemas obligatorios de educación continua. Las acciones frecuentemente están vinculadas a proyectos, sin incorporación transversal en currículos oficiales o sistemas permanentes.	Genera capacidades inclusivas discontinuas, dependencia de esfuerzos puntuales y variabilidad en la calidad de la atención.
<b>Formación inclusiva en emergencias</b>	Preparación centrada en protocolos generales, con escasa incorporación de ajustes razonables, identificación de barreras o continuidad del cuidado para personas con discapacidad.	Reduce la capacidad de anticipar riesgos diferenciados y asegurar atención inclusiva durante crisis para la población con discapacidad.
<b>Protocolos inclusivos en los servicios de salud</b>	Existen normas y lineamientos para la inclusión de la discapacidad, pero su traducción en procedimientos operativos claros, capacitación asociada y mecanismos de seguimiento es irregular.	Produce una implementación heterogénea y limita el impacto operativo de los marcos normativos en la inclusión de las personas con discapacidad.
<b>Contratación de personas con discapacidad en el sector salud</b>	Información limitada y fragmentada sobre la presencia e integración de personas con discapacidad en instituciones sanitarias.	Restringe la incorporación estructural de la experiencia vivida por las personas con discapacidad en la organización de servicios y procesos formativos.
<b>Estrategias de fortalecimiento institucional para la construcción de capacidades inclusivas</b>	Planes y proyectos de construcción de capacidades inclusivas, en ocasiones con cooperación internacional, con integración desigual en estructuras permanentes de gestión del personal de salud y planificación sectorial.	Debilita la sostenibilidad e institucionalización de las capacidades inclusivas frente a la rotación de personal o los cambios administrativos.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta.

## Lectura desde la CDPD y el Modelo Social de la Discapacidad

La CDPD orienta a los Estados a garantizar la formación adecuada del personal de salud, la adopción de medidas institucionales y condiciones que permitan

el ejercicio efectivo del derecho a la salud, inclusive en contextos de emergencia (Naciones Unidas, 2006). El Modelo Social permite examinar cómo la organización interna del sistema de salud —formación, protocolos operativos, gestión del personal de salud y

cultura institucional—debe integrar estructuralmente la inclusión para no crear nuevas barreras (Naciones Unidas, 2006).

La lectura comparada desde estos marcos muestra los obstáculos que los países de la región deben superar para fortalecer la construcción de capacidades inclusivas en salud. Se observan brechas que se explican en menor medida por la ausencia de normas y más por las dificultades para su implementación, la necesidad de contar con más mecanismos

permanentes de formación y supervisión, y los desafíos vinculados a la débil institucionalización de capacidades inclusivas frente a la rotación de personal y presiones operativas. El cuadro 10 y el cuadro 11 presentan el análisis de las brechas entre estándares normativos y las prácticas observadas a través de las consultas realizadas, así como las dificultades para implementar de manera efectiva los derechos de las personas con discapacidad reconocidos formalmente con relación a las capacidades inclusivas y su institucionalización.

### **CUADRO 10 Lectura desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)**

<b>Dimensión analizada</b>	<b>Qué plantea la CDPD</b>	<b>Qué se observa en la práctica</b>
<b>Capacitación en discapacidad</b>	Formación adecuada sobre derechos, necesidades y apoyos requeridos por personas con discapacidad.	Acciones formativas con alcances desiguales y sin integración sistemática en formación continua. Las OPD perciben cambios poco consistentes en la práctica.
<b>Formación inclusiva en emergencias</b>	Las actividades de preparación y respuesta deben incorporar medidas específicas de protección y atención a las personas con discapacidad.	Las referencias normativas suelen ser generales, sin suficiente evidencia de incorporación sistemática de contenidos sobre discapacidad en la formación para emergencias.
<b>Protocolos inclusivos en salud</b>	Protocolos que aseguren una atención accesible y sin discriminación para las personas con discapacidad.	Los lineamientos para la inclusión de la discapacidad suelen ser generales, su aplicación operativa es heterogénea y existe poca documentación sobre monitoreo sistemático.
<b>Condiciones institucionales</b>	Medidas estructurales que garanticen el ejercicio efectivo de derechos de las personas con discapacidad.	Existen avances normativos con capacidades institucionales inclusivas heterogéneas, especialmente a nivel subnacional y con alta rotación.

OPD: Organizaciones de Personas con Discapacidad.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta y con base en Naciones Unidas, 2006.

### **CUADRO 11 Lectura desde el Modelo Social de la Discapacidad**

<b>Dimensión analizada</b>	<b>Qué plantea el Modelo Social</b>	<b>Qué se observa en la práctica</b>
<b>Enfoque de la formación</b>	Orientación para identificar y remover las barreras sociales, comunicacionales y organizativas que enfrentan las personas con discapacidad.	Las OPD señalan que predominan enfoques clínicos, con incorporación limitada del análisis de barreras.
<b>Institucionalización de capacidades</b>	Integración de capacidades inclusivas en la estructura regular del sistema.	Las capacitaciones inclusivas suelen ser descritas como iniciativas puntuales o ligadas a proyectos, sin una integración consistente en sistemas permanentes.

## CUADRO 11 Lectura desde el Modelo Social de la Discapacidad (*continuación*)

Dimensión analizada	Qué plantea el Modelo Social	Qué se observa en la práctica
<b>Participación de OPD en la formación</b>	Participación en el diseño y la evaluación de procesos formativos para la inclusión de la discapacidad.	Participación en capacitación inclusiva, sin evidencia consistente de mecanismos formales y permanentes en programas oficiales.
<b>Cultura organizacional</b>	Cultura basada en los derechos de las personas con discapacidad y la no discriminación.	Persistencia de prácticas asistencialistas que limitan la transformación estructural de prácticas institucionales basadas en los derechos de las personas con discapacidad.

OPD: Organizaciones de Personas con Discapacidad.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta y con base en Naciones Unidas, 2006

### Experiencias documentadas

El presente estudio ha registrado importantes avances en distintos países orientados a fortalecer la construcción de capacidades inclusivas en el sector salud (véase el cuadro 12). Entre los distintos esfuerzos realizados por los países para avanzar en esta dirección, se puede mencionar la implementación de acciones formativas y procesos de capacitación vinculados a la atención de salud con enfoque en discapacidad, en el marco del fortalecimiento de capacidades institucionales inclusivas. Asimismo, hay casos de avances en el fortalecimiento institucional orientados a mejorar las capacidades del personal sanitario en temas relacionados con la discapacidad a través de proyectos implementados

con apoyo de la cooperación internacional. Por su parte, en el ámbito normativo, se identifica el desarrollo de disposiciones sectoriales y marcos técnicos que sirven como referencia para integrar contenidos inclusivos en la formación y los protocolos. De igual manera, en algunos países, las disposiciones generales de inclusión laboral de las personas con discapacidad en el sector público tienen una potencial aplicación progresiva en instituciones del sector salud. Finalmente, en algunos países se han generado guías y orientaciones técnicas para contextos de emergencia que incorporan elementos de comunicación inclusiva y atención diferenciada, contribuyendo al fortalecimiento de capacidades institucionales inclusivas.

## CUADRO 12 Experiencias documentadas en la construcción de capacidades inclusivas en salud

Dimensión	Países	Avance principal reportado
<b>Capacitación y formación técnica en discapacidad</b>	Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Uruguay	Acciones formativas y procesos de capacitación vinculados a atención de salud en discapacidad, incluyendo programas estructurados de formación presencial y virtual y fortalecimiento de capacidades institucionales inclusivas.
<b>Fortalecimiento institucional y cooperación internacional</b>	Perú	Proyectos impulsados con apoyo de cooperación internacional para fortalecer capacidades del personal sanitario en temas vinculados a la discapacidad.
<b>Normativa sectorial y lineamientos técnicos en capacidades inclusivas</b>	Argentina, Panamá, República Dominicana	Disposiciones sectoriales y marcos técnicos que constituyen una referencia para integrar contenidos inclusivos en la formación y los protocolos.

## **CUADRO 12 Experiencias documentadas en la construcción de capacidades inclusivas en salud (continuación)**

<b>Dimensión</b>	<b>Países</b>	<b>Avance principal reportado</b>
<b>Inclusión laboral de personas con discapacidad en el sector público de la salud</b>	Brasil, Paraguay	Disposiciones generales de inclusión laboral de personas con discapacidad en el sector público, con potencial de aplicación progresiva en instituciones del sector salud.
<b>Formación inclusiva en emergencias</b>	Colombia, Ecuador	Guías y orientaciones técnicas que incorporan elementos de comunicación inclusiva y atención diferenciada en contextos de emergencia como base para el fortalecimiento de capacidades institucionales inclusivas.

*Fuente:* Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta.

### **Conclusiones de la sección**

En relación con la construcción de capacidades inclusivas en salud, tanto de modo general como en contextos de emergencias, se identifican importantes avances en el desarrollo de acciones formativas, lineamientos técnicos y proyectos orientados a fortalecer capacidades inclusivas en salud. Los esfuerzos realizados por los países en esta dirección evidencian un reconocimiento creciente de la necesidad de contar con competencias específicas y especializadas en el personal de salud para garantizar el derecho a la salud de las personas con discapacidad.

Al mismo tiempo, los países deben abordar diversos retos para fortalecer la institucionalización y sostenibilidad de los avances alcanzados hasta ahora.

Es fundamental que la formación en discapacidad se integre de manera sistemática en la formación inicial del personal de salud y en esquemas obligatorios de educación continua, a fin de no limitarse a iniciativas puntuales o vinculadas a proyectos. También es clave avanzar en la incorporación de la discapacidad en la formación para la gestión de emergencias, incluyendo la implementación de ajustes razonables, la identificación de riesgos diferenciados y la garantía de la continuidad del cuidado de la población con discapacidad en situaciones críticas. De igual manera, es necesario fortalecer la implementación, monitoreo y evaluación de los protocolos inclusivos, así como promover la institucionalización de la participación de las OPD en los procesos formativos para avanzar hacia prácticas inclusivas que sean sostenibles.

## SECCIÓN 4

# Salud pública y gestión de emergencias: brechas para una respuesta inclusiva de salud en emergencias y desastres

*“Cuando hay una emergencia, los sistemas de salud reaccionan rápido, pero no siempre piensan en cómo llegar a las personas con discapacidad.”*

Organización de Personas con Discapacidad – Colombia

Las desigualdades que enfrentan las personas con discapacidad tienden a intensificarse en situaciones de crisis y emergencias (Meresman y Ullmann, 2020), ya que resultan más afectadas debido a las barreras actitudinales, institucionales y del entorno (Cecchini et al., 2021). La manera en que los sistemas se preparan y responden ante crisis sanitarias y desastres incide directamente en la protección efectiva, la continuidad del cuidado y el acceso equitativo a servicios esenciales. Aunque los países cuentan con marcos generales de salud pública y gestión de emergencias que reconocen poblaciones prioritarias, la evidencia recolectada muestra que urge fortalecer la inclusión de la discapacidad de forma sistemática en la planificación, la vigilancia, la respuesta y la recuperación de emergencias.

Los países de América Latina y el Caribe han realizado avances en esta dimensión, lo que es crucial considerando que se trata de una región fuertemente afectada por desastres naturales (Cecchini et al., 2021). No obstante, la información recopilada en este informe muestra que durante las emergencias persisten barreras para acceder a información, servicios y apoyos, lo que amplifica los riesgos sanitarios y

sociales de la población con discapacidad. En este contexto, esta sección examina los desafíos vigentes para garantizar una respuesta inclusiva en salud pública durante emergencias, desde un enfoque de derechos y el Modelo Social de la Discapacidad.

### **Brechas en la salud pública y la respuesta a emergencias desde un enfoque inclusivo**

Una respuesta inclusiva en salud pública durante emergencias requiere integrar la discapacidad de forma operativa en la planificación, la vigilancia, la respuesta, la comunicación y la recuperación. Esto implica identificar riesgos diferenciados de las personas con discapacidad, asegurar la accesibilidad de la información y prever la continuidad de los tratamientos y apoyos requeridos por esta población mediante una coordinación intersectorial con responsabilidades claramente definidas.

El presente análisis muestra que hay importantes avances en los países de región en esta materia. Tal como se desarrollará más adelante, se han registrado avances en la inclusión de la discapacidad en la salud pública en términos del desarrollo de instrumentos de planificación, lineamientos sectoriales, marcos normativos y arreglos institucionales que reconocen la necesidad de incorporar la accesibilidad, así como la importancia de garantizar apoyos y enfoques de protección para poblaciones que experimentan mayores barreras. Estas iniciativas, aunque con

distintos niveles de desarrollo, constituyen una base relevante para avanzar hacia respuestas más inclusivas.

No obstante, permanecen profundas brechas que deben ser atendidas. Ello se observa, por ejemplo, en que la discapacidad suele incorporarse de manera general dentro de categorías amplias de población prioritaria, sin un desarrollo operativo suficiente. Asimismo, la desagregación por discapacidad es limitada en los sistemas de vigilancia epidemiológica, por lo que las respuestas se desarrollan sobre la base de protocolos generales con adaptación parcial. Adicionalmente, la comunicación y la recuperación permanecen estandarizadas, con escasos mecanismos

diferenciados para sostener la continuidad del cuidado de la población con discapacidad.

La inclusión de la discapacidad depende de su integración efectiva en todo el ciclo de la emergencia. Cuando la planificación se realiza en términos generales, sin abordar las necesidades de las personas con discapacidad, y la accesibilidad no se institucionaliza, la protección se vuelve desigual y la respuesta tiende a ser reactiva, afectando de forma desproporcionada a las personas con discapacidad (véase el cuadro 13). Todo lo anterior profundiza las barreras que enfrentan las personas con discapacidad para ejercer su derecho a la salud y reproduce las desigualdades.

**CUADRO 13 Brechas en salud pública y emergencias desde un enfoque inclusivo**

Dimensión	Brechas identificadas	Implicaciones de las brechas para la inclusión
<b>Integración de la discapacidad en la planificación</b>	La discapacidad se incluye de forma general en planes y protocolos, usualmente dentro de categorías amplias de población prioritaria, sin definiciones operativas claras sobre apoyos, accesibilidad o continuidad de los tratamientos.	Dificulta la anticipación de barreras específicas y la activación de apoyos oportunos para personas con discapacidad, generando respuestas reactivas que pueden derivar en exclusiones y desigualdades durante la emergencia.
<b>Vigilancia epidemiológica y análisis de riesgos</b>	La incorporación de variables que permitan identificar impactos diferenciados según discapacidad es limitada. La desagregación por tipo de discapacidad, edad, sexo o territorio no se aplica de manera sistemática.	Reduce la capacidad de focalizar medidas preventivas y asignar recursos de forma inclusiva en fases de alerta y respuesta.
<b>Respuesta sanitaria inclusiva durante emergencias</b>	La respuesta prioriza protocolos generales, con adaptación limitada en materia de accesibilidad y ajustes razonables para las personas con discapacidad. La continuidad del acceso a medicamentos, rehabilitación y apoyos técnicos no siempre está prevista de manera estructurada.	Aumenta las interrupciones en los tratamientos y las barreras de acceso para las personas con discapacidad a servicios esenciales, afectando la protección efectiva durante la crisis.
<b>Comunicación de riesgos e información accesible</b>	La información se difunde principalmente en formatos estandarizados, con adaptaciones puntuales y no institucionalizadas ni accesibles. No siempre se contemplan múltiples canales ni la validación con OPD.	Limita la comprensión de riesgos y la adopción de medidas de prevención y autoprotección para las personas con discapacidad, reforzando desigualdades comunicacionales.
<b>Continuidad del cuidado de las personas con discapacidad y recuperación tras la emergencia</b>	La recuperación se organiza desde enfoques generales de restablecimiento de servicios, sin estrategias sistemáticas para el seguimiento clínico de la población con discapacidad y la restitución de apoyos diferenciados.	Puede prolongar interrupciones en la atención de las personas con discapacidad y profundizar desigualdades acumuladas durante la crisis.

OPD: Organizaciones de Personas con Discapacidad.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta.

## Lectura desde la CDPD y el Modelo Social de la Discapacidad

La CDPD establece obligaciones estatales para garantizar la protección y la seguridad de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, asegurar su acceso a servicios de salud y apoyos, garantizar la disponibilidad de información accesible y sostener la continuidad del cuidado de las personas con discapacidad antes, durante y después de las emergencias (artículo 11) (Naciones Unidas, 2006). El Modelo Social, por su parte, permite examinar cómo la planificación, la vigilancia, la comunicación de riesgos y la organización de la respuesta pueden reproducir la exclusión cuando se diseñan para la población en general sin incorporar ajustes razonables ni medidas diferenciadas que reduzcan las barreras que enfrentan las personas con discapacidad (Naciones Unidas, 2006).

La lectura comparada evidencia que el desafío que enfrentan los países para cumplir estas obligaciones no se limita solamente a la existencia de dispositivos institucionales o marcos generales de respuesta a las emergencias, sino a su traducción operativa sostenida. Cuando las medidas inclusivas permanecen como referencias generales, sin considerar la discapacidad, y sin definición de apoyos, protocolos accesibles, coordinación intersectorial y mecanismos de participación, la respuesta se vuelve heterogénea y dependiente de iniciativas puntuales. El cuadro 14 y el cuadro 15 presentan el análisis de las brechas entre estándares normativos y las prácticas observadas a través de las consultas realizadas, así como las dificultades para implementar de manera efectiva los derechos de las personas con discapacidad reconocidos formalmente con relación a la salud pública y gestión de emergencias con enfoque de discapacidad.

**CUADRO 14 Lectura desde la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)**

Dimensión analizada	Qué plantea la CDPD	Qué se observa en la práctica
<b>Protección en situaciones de riesgo y emergencias</b>	Adoptar medidas específicas para garantizar la protección y seguridad de personas con discapacidad en situaciones de riesgo y desastres.	Existen marcos generales de gestión del riesgo que reconocen poblaciones prioritarias, pero hay desigualdades nacionales y subnacionales en la operacionalización específica para discapacidad.
<b>Acceso inclusivo a servicios de salud durante emergencias</b>	Garantizar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones, a la salud: prevención, atención y recuperación.	Se reportan sistemas de respuesta sanitaria consolidados, pero sin evidencia sistemática de evaluación del acceso efectivo de las personas con discapacidad ni aplicación consistente de ajustes razonables.
<b>Información accesible sobre riesgos</b>	Asegurar información pública accesible, comprensible y en formatos adecuados.	Se identifican adaptaciones puntuales, pero sin institucionalización sostenida de la accesibilidad a lo largo del ciclo de la emergencia.
<b>Continuidad del cuidado de las personas con discapacidad y apoyos</b>	Garantizar la continuidad de los tratamientos, la rehabilitación y los apoyos para las personas con discapacidad antes, durante y después de las emergencias.	Existen estrategias de respuesta y recuperación generales, con escasa documentación sobre mecanismos diferenciados para asegurar la continuidad específica para personas con discapacidad.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta y con base en Naciones Unidas, 2006.

## CUADRO 15 Lectura desde el Modelo Social de la Discapacidad

Dimensión analizada	Qué plantea el Modelo Social	Qué se observa en la práctica
<b>Planificación en emergencias</b>	Identificar y remover barreras sociales, institucionales y comunicacionales que incrementan el riesgo de las personas con discapacidad.	Predomina la planificación general orientada a la población en conjunto, con incorporación limitada del análisis sistemático de barreras específicas asociadas a la discapacidad.
<b>Identificación de riesgos diferenciados</b>	Reconocer impactos no homogéneos y riesgos acumulativos en la población con discapacidad.	La incorporación de variables relacionadas con necesidades de apoyo, accesibilidad, continuidad de tratamientos y desagregación por discapacidad, edad, sexo y territorio en los sistemas de alerta y vigilancia es aún limitada, lo que restringe una comprensión estructural y sistemática de los impactos diferenciados.
<b>Participación de OPD</b>	Garantizar la participación activa de las OPD en la planificación, implementación y evaluación de la gestión de emergencias.	Existen experiencias de consulta, pero sin una institucionalización consistente de mecanismos permanentes de incidencia.
<b>Organización de la recuperación</b>	Evitar la profundización de desigualdades y considerar impactos acumulados en la población con discapacidad.	La recuperación se estructura desde enfoques generales de restablecimiento, con limitada integración de estrategias inclusivas y específicas para reducir brechas acumuladas de las personas con discapacidad.

OPD: Organizaciones de Personas con Discapacidad.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta y con base en Naciones Unidas, 2006.

### Experiencias documentadas

En el marco de estos diversos desafíos y brechas, es esencial destacar los esfuerzos que han realizado algunos países de América Latina y el Caribe en términos de la inclusión de la discapacidad en la salud pública y la gestión de emergencias (véase el cuadro 16). Los avances identificados en este informe incluyen la incorporación de instrumentos y planes que reconocen la accesibilidad y las necesidades de los grupos que enfrentan mayores barreras, junto con el uso de herramientas técnicas para apoyar una gestión de riesgo más inclusiva en salud. Asimismo, se identifican casos con lineamientos sectoriales que integran principios de inclusión, accesibilidad y reducción de vulnerabilidades en salud pública y gestión del riesgo. También hay países que han

establecido arreglos institucionales y mecanismos que reconocen brechas y buscan avanzar en la integración de la discapacidad en los sistemas nacionales de respuesta a emergencias. Junto a ello, se encuentran ejemplos del desarrollo de enfoques para evaluar las vulnerabilidades durante las emergencias y de disposiciones legales para reconocer los apoyos específicos para poblaciones con mayores barreras, ofreciendo oportunidades para su implementación en los distintos componentes de la salud pública y la gestión de emergencias. Estos esfuerzos se concentran en componentes específicos —planificación, disposiciones sectoriales, coordinación multinivel y referencias normativas— y constituyen puntos de partida relevantes para fortalecer la integración inclusiva en el ciclo de emergencia.

**CUADRO 16 Experiencias documentadas en salud pública y gestión de emergencias desde un enfoque inclusivo**

Dimensión	Países	Avance principal reportado
<b>Planificación y orientaciones operativas</b>	Chile, Ecuador, Guatemala	Instrumentos y planes que reconocen la accesibilidad y a los grupos con mayores barreras en la planificación de emergencias, así como la utilización de herramientas técnicas como INGRID-H para fortalecer la gestión del riesgo con enfoque inclusivo en establecimientos de salud.
<b>Lineamientos y marcos sectoriales</b>	Panamá, Perú, República Dominicana	Disposiciones y marcos que integran principios de inclusión, accesibilidad y reducción de vulnerabilidades en salud pública y gestión del riesgo.
<b>Coordinación institucional y multinivel</b>	Bolivia (Estado Plurinacional de), Uruguay	Arreglos institucionales y reconocimiento formal de brechas para fortalecer la integración de la inclusión de la discapacidad en sistemas nacionales de respuesta a emergencias.
<b>Evaluación de necesidades y vulnerabilidades</b>	Guyana	Enfoques de evaluación de vulnerabilidades durante la respuesta a emergencias, con potencial de integración sistemática de variables de discapacidad.
<b>Marco normativo general de apoyos</b>	Las Bahamas	Disposiciones legales que reconocen apoyos para poblaciones con mayores barreras, con oportunidad de operacionalización en componentes sectoriales.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de información recopilada en la fase de consulta.

**Conclusiones de la sección**

El análisis de las respuestas inclusivas en salud pública durante emergencias evidencia progresos importantes en la incorporación en esta materia. Se destaca la presencia de marcos normativos y de gestión que reconocen poblaciones prioritarias y fortalecen las capacidades generales de preparación y respuesta antes crisis y emergencias. Asimismo, los avances identificados, concentrados en las áreas de planificación, coordinación y disposiciones sectoriales, representan un creciente compromiso con la consolidación de sistemas de salud resilientes e inclusivos.

De igual forma, se identifican diversas oportunidades para continuar impulsando y fortaleciendo respuestas inclusivas en salud pública durante emergencias desde el enfoque de derechos y del Modelo Social de la

Discapacidad en la planificación, vigilancia y respuesta sanitaria. Se requiere avanzar hacia el desarrollo de definiciones operativas más claras, junto a la incorporación de variables más amplias relacionadas con necesidades de apoyo, accesibilidad, continuidad de tratamientos y desagregación por edad, sexo y territorio en sistemas de vigilancia epidemiológica para aumentar la capacidad de anticipar impactos diferenciados y asignar recursos de manera equitativa durante las diferentes fases de la gestión de emergencia. Asimismo, es fundamental mejorar la comunicación de riesgos y garantizar la continuidad del cuidado, institucionalizado las adaptaciones requeridas en términos de accesibilidad de la información. Finalmente, potenciar la participación de las OPD en la planificación, la implementación y la evaluación de las respuestas es clave para mejorar su pertinencia y calidad.

## SECCIÓN 5

# Recomendaciones para la inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y gestión de emergencias

Luego de analizar los principales avances y desafíos de los países de América Latina y el Caribe para consolidar la inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y en la gestión de emergencias, es importante entregar algunas recomendaciones y acciones para la incorporación de la inclusión de la discapacidad en los procesos de gobernanza, planificación y supervisión de los sistemas de salud y gestión de emergencias. Se trata de sugerencias a nivel institucional, basadas en recomendaciones de la OPS (OPS, 2025b), que ofrecen orientación práctica para los Ministerios de Salud y Direcciones Nacionales de Discapacidad. Basada en los principios del enfoque

de derechos humanos, la participación activa de las personas con discapacidad y el monitoreo y la evaluación para garantizar el buen desarrollo de las actividades, la OPS ofrece un conjunto de medidas estratégicas que, en este informe, se presentan en distintos ejes que van desde la gobernanza, el marco normativo y la participación social hasta los recursos humanos, las emergencias y desastres, y la coordinación intersectorial (véase el cuadro 17). Como se ha visto en este documento, hay países que ya han avanzado en esta dirección, siendo sus experiencias una gran oportunidad de aprendizaje.

**CUADRO 17** Recomendaciones para la inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y gestión de emergencias

Eje	Recomendación principal	Acciones sugeridas a nivel institucional
<b>Gobernanza y marco normativo</b>	Integrar la inclusión de la discapacidad en las políticas, los planes nacionales de salud y los marcos normativos, alineados con los derechos humanos y la equidad.	Incluir metas y objetivos específicos sobre discapacidad en los planes nacionales de salud; actualizar normas, guías y protocolos para incorporar accesibilidad, ajustes razonables y atención centrada en la persona.
<b>Participación social</b>	Asegurar la participación significativa de personas con discapacidad y sus organizaciones representativas en la toma de decisiones en salud.	Establecer mecanismos formales de consulta (comités, mesas de diálogo); incorporar representantes de organizaciones de personas con discapacidad en instancias de planificación, seguimiento y evaluación de políticas y programas de salud.
<b>Planificación y ciclo de acción</b>	Aplicar el ciclo de la Guía de Acción (preparar, evaluar, diseñar, implementar y monitorear) para la inclusión de la discapacidad.	Realizar diagnósticos nacionales/sectoriales sobre barreras y brechas; definir planes de acción con objetivos, indicadores, responsables y plazos; institucionalizar procesos periódicos de revisión y ajuste.

**CUADRO 17** Recomendaciones para la inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y gestión de emergencias (*continuación*)

Eje	Recomendación principal	Acciones sugeridas a nivel institucional
<b>Servicios de salud inclusivos</b>	Garantizar un acceso equitativo a servicios de salud de calidad para personas con discapacidad en todos los niveles de atención.	Revisar y adaptar rutas de atención; asegurar la disponibilidad de servicios de rehabilitación y cuidados de largo plazo; incorporar apoyos para la comunicación, acompañamiento y toma de decisiones informadas.
<b>Accesibilidad y ajustes razonables</b>	Reducir barreras físicas, comunicacionales, actitudinales y financieras en los servicios de salud.	Adecuar la infraestructura y la señalética; asegurar información en formatos accesibles; implementar protocolos de ajustes razonables; establecer exenciones o protección financiera cuando corresponda.
<b>Información y monitoreo</b>	Fortalecer la recolección, desagregación y uso de datos sobre discapacidad en los sistemas de información en salud.	Incorporar preguntas estandarizadas de discapacidad en encuestas y registros; desagregar indicadores clave; incluir indicadores específicos de inclusión de la discapacidad en marcos de monitoreo sectorial.
<b>Recursos humanos</b>	Desarrollar capacidades del personal de salud en discapacidad, accesibilidad y atención centrada en la persona.	Incorporar contenidos sobre discapacidad y derechos humanos en los currículos de pregrado y formación continua; ofrecer capacitaciones específicas sobre comunicación inclusiva, accesibilidad y abordaje de la funcionalidad.
<b>Emergencias y desastres</b>	Integrar la discapacidad en la gestión del riesgo de desastres y en la preparación y respuesta del sector salud.	Incluir a las personas con discapacidad en los planes de emergencias y simulacros; adaptar los planes hospitalarios de emergencia; asegurar la continuidad de medicamentos, rehabilitación y tecnologías de apoyo en situaciones de crisis.
<b>Coordinación intersectorial</b>	Fortalecer la articulación entre salud y otros sectores clave para abordar determinantes de la inclusión.	Crear o fortalecer mecanismos intersectoriales con protección social, educación, trabajo, vivienda y gestión del riesgo; alinear las agendas con los marcos internacionales de derechos de las personas con discapacidad.

Fuente: Elaboración propia en base al documento Equidad en Salud para Personas con Discapacidad: Guía de Acción

## SECCIÓN 6

# La necesidad de fortalecer la inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y gestión de emergencias en América Latina y el Caribe

Avanzar hacia el desarrollo social inclusivo requiere alcanzar la inclusión plena de las personas con discapacidad. Junto con la implementación de estrategias transversales para garantizar los derechos de esta población, es fundamental consolidar sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes que aseguren el acceso a la salud de la población con discapacidad en igualdad de condiciones, incluidas las situaciones de crisis y emergencias. Se trata de un imperativo ético cuya obligación para los Estados está plasmada en la CDPD y se basa en el Modelo Social de la Discapacidad (Naciones Unidas, 2006), así como de una acción estratégica para avanzar en el desarrollo social inclusivo de la región y superar la crisis actual del desarrollo por la que atraviesa (CEPAL, 2025a). El presente documento analiza los distintos avances en esta materia en la región y señala los principales desafíos que deben ser abordados para avanzar en la inclusión de la discapacidad en los sistemas de salud y en la gestión de emergencias.

Los hallazgos muestran importantes avances en la visibilización de las personas con discapacidad en los sistemas de información y servicios de salud de la región, así como en la oferta de rehabilitación y entrega de apoyos. También se identificaron esfuerzos significativos para el fortalecimiento de la formación

de capacidades inclusivas, particularmente a través del desarrollo de lineamientos, acciones formativas y protocolos inclusivos. De igual modo, se observa un avance progresivo de los marcos normativos y de gestión que reconocen a las personas con discapacidad como población prioritaria, lo que abre oportunidades para integrar de manera más estructurada la inclusión de la discapacidad en las distintas etapas de la gestión de emergencias.

Junto a estos avances, el análisis identificó áreas en las que los países pueden aumentar sus esfuerzos y profundizar la inclusión de la discapacidad. En este sentido, se plantea que es central mejorar la interoperabilidad de los sistemas de información y el uso público de los datos, promoviendo la participación de las OPD. Asimismo, es fundamental abordar las barreras que persisten en el acceso a la salud a través de la ampliación de ajustes razonables y un fortalecimiento de la adaptación sistémica y la continuidad del cuidado en los servicios de salud. Junto a la necesidad de incrementar los esfuerzos para institucionalizar las capacidades inclusivas, se requiere especial atención a la consideración de necesidades de apoyo, accesibilidad, continuidad de los cuidados y análisis de riesgos diferenciados en contextos de emergencias y crisis, considerando la participación continua de las OPD.

Enfrentar estos desafíos constituye una oportunidad para anticipar riesgos, orientar decisiones inclusivas y garantizar respuestas equitativas, inclusivas y sostenibles, especialmente en emergencias. Ello no solo contribuye al ejercicio efectivo del derecho a la

salud de las personas con discapacidad, sino que además incrementa la posibilidad de asegurar una recuperación verdaderamente inclusiva en momentos de crisis y emergencias.

# Referencias

Cecchini, S., R. Holz y H. Soto de la Rosa (coords.). 2021. Caja de herramientas. Gestión e institucionalidad de las políticas sociales para la igualdad en América Latina y el Caribe. (LC/TS.2021/157). Santiago: CEPAL.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2025a. Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2025: cómo salir de la trampa de alta desigualdad, baja movilidad social y débil cohesión social. (LC/PUB.2025/23-P). Santiago: CEPAL. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/84175-panorama-social-america-latina-caribe-2025-como-salir-la-trampa-alta-desigualdad>.

----- 2025b. Las personas con discapacidad: De la visibilidad estadística al ejercicio de derechos (versión accesible). (LC/A.2025/2-LC/MDP.6/3). Santiago: CEPAL. Disponible en: <https://crpd.cepal.org/6m/es/documentos/personas-discapacidad-la-visibility-estadistica-al-ejercicio-derechos-version-accesible>.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud. 2024. La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Informe Especial de la CEPAL. Santiago: CEPAL y OPS.

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia/Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres en América Central y República Dominicana. 2016. Normas para la inclusión, protección y atención de las personas con discapacidad en las emergencias y desastres. Nueva York, NY: UNICEF. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/2301/file/PDF%20Normas%20para%20la%20inclusi%C3%B3n,%20protecci%C3%B3n%20y%20atenci%C3%B3n%20de%20las%20personas%20con%20discapacidad%20en%20las%20emergencias%20y%20desastres%20-%20Versi%C3%B3n%20resumida.pdf>.

Meresman S. y H. Ullmann 2020. COVID-19 y las personas con discapacidad en América Latina: mitigar el impacto y proteger derechos para asegurar la inclusión hoy y mañana, serie Políticas Sociales N.º 237 (LC/TS.2020/122). Santiago: CEPAL. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46278-covid-19-personas-discapacidad-america-latina-mitigar-impacto-protger-derechos>.

Naciones Unidas. 2006. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York, NY: Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

----- 2015. Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015–2030. Sendai: Naciones Unidas. Disponible en: [https://www.unisdr.org/files/43291\\_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf](https://www.unisdr.org/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf).

----- 2024. Disability and Development Report 2024: Accelerating the Realization of the Sustainable Development Goals by, for and with Persons with Disabilities. Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: <https://doi.org/10.18356/9789210024891>.

Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. 2023. Global Survey Report on Persons with Disabilities and Disasters. Ginebra: UNDRR. Disponible en: <https://www.undrr.org/report/2023-gobal-survey-report-on-persons-with-disabilities-and-disasters>.

Organización Panamericana de la Salud. 2025a. Equidad en materia de salud para las personas con discapacidad: Guía de acción. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275330326>.

----- 2025b. Informe mundial sobre la equidad en materia de salud para las personas con discapacidad. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275330234>.

Red Latinoamericana de Organizaciones de Personas con Discapacidad y sus Familias. 2024. II Informe Regional sobre la Implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina bajo el Enfoque de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Bogotá: RIADIS. Disponible en: [https://www.riadis.org/wp-content/uploads/2025/05/Version-Final\\_ACCESIBLE\\_II-Informe-Regional-sobre-la-implementacion-de-los-ODS-en-America-Latina-desde-el-enfoque-de-derechos-de-las-personas-con-discapacidad.pdf](https://www.riadis.org/wp-content/uploads/2025/05/Version-Final_ACCESIBLE_II-Informe-Regional-sobre-la-implementacion-de-los-ODS-en-America-Latina-desde-el-enfoque-de-derechos-de-las-personas-con-discapacidad.pdf).

## Anexo 1

# Cuestionario oficial enviado a los ministerios de salud o direcciones nacionales de discapacidad de los países

Los países que han remitido información oficial a través del cuestionario enviado a los ministerios de salud o a las direcciones nacionales de discapacidad por medio de las representaciones de la Organización Panamericana de la Salud son los siguientes: Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Guyana, Panamá, Perú, República Dominicana y San Vicente y las Granadinas. A continuación, se presenta el cuestionario.

### I. Datos y gestión de la información

#### P1. Registro y desagregación de información

Solicitamos conocer el número de personas con discapacidad registradas oficialmente durante los últimos cinco años, desagregado por tipo de discapacidad y grupo etario. Asimismo, nos sería de gran utilidad saber si los sistemas de información permiten desagregar los perfiles de atención de las personas con discapacidad por nivel de atención, indicando —si es posible— el porcentaje de establecimientos que lo implementan.

#### P2. Participación de organizaciones de personas con discapacidad en procesos de datos

¿Existe un mecanismo formal para la participación de organizaciones de personas con discapacidad (OPD) en la validación o el uso de datos oficiales de salud? De ser así, ¿podrían indicar cuántas OPD participaron en el proceso más reciente?

### II. Provisión de servicios de salud inclusivos

#### P3. Accesibilidad de establecimientos de salud

Si está disponible, solicitamos información sobre el porcentaje de establecimientos de salud (primer, segundo y tercer nivel de atención) que cumplen con estándares mínimos de accesibilidad física.

En caso de no contar con este dato, sería útil conocer la inversión ejecutada en los últimos cinco años destinada a mejoras de accesibilidad física y comunicacional.

#### P4. Acceso a rehabilitación o calificación de discapacidad

Solicitamos información sobre el porcentaje de personas con discapacidad registradas que accedieron a servicios de rehabilitación, habilitación o calificación de discapacidad durante los últimos cinco años.

Si no se dispone del dato, agradeceríamos una descripción de los mecanismos de referencia o contrarreferencia y cualquier estimación disponible sobre las listas de espera de las personas con discapacidad en este tipo de servicios o procesos.

#### **P5. Recursos humanos especializados**

Para el análisis regional, sería valioso conocer la proporción de terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y fonoaudiólogos contratados actualmente, o bien el número total disponible a nivel nacional.

#### **P6. Políticas públicas preventivas en discapacidad**

¿Cuentan con una política preventiva en discapacidad como, por ejemplo, el tamizaje metabólico neonatal? En caso de que exista, ¿desde qué año se ha implementado?, ¿cuál ha sido el monto de inversión anual? y ¿cuántos casos han sido identificados a través de estas políticas?

### **III. Construcción de capacidades**

#### **P7. Capacitación del personal de salud**

Solicitamos información sobre el número y porcentaje de profesionales que recibieron capacitación formal en atención inclusiva de la discapacidad en los últimos cinco años. En ausencia de datos, agradeceremos una breve descripción de las políticas o planes de formación continua existentes en esta temática.

#### **P8. Inclusión laboral en el sector salud**

Nos sería útil conocer el porcentaje de personas con discapacidad dentro de la nómina del ministerio de salud y entidades adscritas. Si existen metas legales, agradeceríamos información sobre las acciones implementadas para su cumplimiento.

### **IV. Salud pública y gestión de emergencias**

#### **P9. Preparación inclusiva en emergencias**

Solicitamos confirmar si existe un presupuesto anual destinado a medidas de salud inclusivas en gestión del riesgo y emergencias. ¿Cuántos hospitales, o porcentajes de ellos, cuentan con planes inclusivos de respuesta ante desastres?

#### **P10. Comunicación accesible en salud pública**

Si el dato está disponible, agradeceríamos conocer el número o porcentaje de productos comunicacionales relacionados con la gestión de emergencias desde el sector salud que han sido producidos en formatos accesibles (por ej., lengua de señas, lectura fácil). En caso contrario, será suficiente con mencionar la normativa vigente sobre comunicación accesible.

#### **P11. Protocolos y planes inclusivos**

Solicitamos confirmar si existe un plan o protocolo específico para asegurar la inclusión de personas con discapacidad en campañas de prevención y promoción de la salud relacionadas con la gestión de emergencias, así como una breve descripción de su alcance.

## Anexo 2

# Formulario de consulta a organizaciones de personas con discapacidad

Durante el período de recogida de datos, se llevaron a cabo, además, consultas y entrevistas a organizaciones de personas con discapacidad (OPD) de los siguientes países de América Latina y el Caribe: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay. A continuación, se presenta el formulario utilizado para estas consultas.

### Instrucciones para el proceso de validación

Este documento es una versión preliminar del formulario en lenguaje sencillo. Revise cada sección y confirme que el lenguaje sea claro, accesible y adecuado.

#### ¿Qué es este formulario?

Queremos conocer la experiencia real de su organización sobre cómo funciona la atención de la salud y la preparación para emergencias para las personas con discapacidad en su país.

La información que comparta nos ayudará a comparar lo que dicen los documentos oficiales con lo que viven las personas en su día a día.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Valoramos su experiencia.

### CAPÍTULO 1: Datos y gestión de la información

Queremos saber si existe información clara y accesible sobre las personas con discapacidad en los servicios de salud.

#### 1. Informes de salud (D-1)

¿El ministerio de salud publica informes o reportes que muestran cuántas personas con discapacidad reciben atención médica y qué necesidades tienen?

¿Estos informes son fáciles de encontrar y entender?

#### 2. Participación en datos (D-2)

¿El ministerio de salud o el gobierno invita a su organización a participar cuando se recogen o revisan datos sobre salud y discapacidad?

Explique cómo participan (o especifique si no participan).

#### 3. Datos que faltan (D-3)

¿Hay grupos de personas con discapacidad que casi no aparecen en las estadísticas oficiales (grupos subrepresentados)?

Ejemplos: mujeres rurales, personas con discapacidad intelectual, personas sordas, personas con discapacidad psicosocial.

#### 4. Participación efectiva en información

Cuando su organización participa en temas de la revisión o publicación de datos, ¿siente que su aporte es tomado en cuenta?

¿Podría decir cómo se podría mejorar esta participación?

#### Pregunta opcional del capítulo

¿Desea agregar algo más sobre los datos o la información sobre las personas con discapacidad en su país?

## **CAPÍTULO 2: Servicios de salud inclusivos**

Queremos conocer las barreras, apoyos y ejemplos de buenas prácticas en la atención de la salud.

### **5. Barreras al atenderse (S-1)**

Cuando una persona con discapacidad busca atención para la salud, ¿cuál es la principal barrera que encuentra?  
Ejemplos: actitud del personal, falta de rampas, falta de comunicación accesible, falta de apoyo.

### **6. Costos de servicios o productos de apoyo (S-2)**

¿Qué servicios, terapias o productos de apoyo necesarios para la vida diaria suelen tener que pagar las familias de las personas con discapacidad, aunque deberían estar cubiertos por el sistema de salud?

### **7. Buenas prácticas (S-3)**

¿Conoce algún ejemplo de centro de salud o programa que brinde atención satisfactoria a las personas con discapacidad?  
Por favor, indíquelo.

### **8. Participación de las organizaciones de personas con discapacidad en los servicios de salud**

¿El ministerio de salud invita a su organización a reuniones, mesas de trabajo o procesos para mejorar la atención de las personas con discapacidad?  
¿Esa participación es continua o solo ocasional?

### **9. Participación efectiva (nueva)**

Cuando participan, ¿sus recomendaciones realmente se aplican o se toman en cuenta?  
¿Qué podría mejorar?

### **Pregunta opcional del capítulo**

¿Desea contarnos algo más sobre el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud?

## **CAPÍTULO 3: Capacidades del personal de salud**

Queremos saber si el personal de salud está preparado y si existen oportunidades laborales para personas con discapacidad dentro del sistema de salud.

### **10. Capacitación del personal (C-1)**

¿Conoce si las capacitaciones del personal de salud han mejorado la atención hacia las personas con discapacidad en los últimos cinco años?  
Sí o no.

### **11. Inclusión laboral (C-2)**

¿Cuáles son los tres problemas más grandes que enfrentan las personas con discapacidad para conseguir trabajo en hospitales, clínicas o en el ministerio de salud?

### **12. Protocolos inclusivos (C-3)**

¿Los centros de salud tienen reglas claras para atender adecuadamente a personas con discapacidad (tiempo extra, intérprete de señas, formatos accesibles)?  
Si existen, ¿es fácil pedir estas adaptaciones y que se cumplan?

### **13. Participación en capacitación**

¿La OPD participa en la creación, revisión o entrega de capacitaciones sobre discapacidad para el personal de salud?  
¿Cómo podría mejorarse esa participación?

**Pregunta opcional del capítulo**

¿Desea agregar algo más sobre la capacitación del personal o el empleo de personas con discapacidad en el sistema de salud?

**CAPÍTULO 4: Salud pública y emergencias**

Queremos saber cómo se incluye a las personas con discapacidad en emergencias y desastres.

**14. Planes de emergencia (E-1)**

¿Su organización es invitada a participar en la planificación de emergencias o desastres (comités, simulacros)?

¿La participación es regular o solo cuando hay una crisis?

**15. Exclusión en la última emergencia (E-2)**

Durante la última emergencia grande en su país (pandemia, huracán, inundación, terremoto), ¿de qué forma fueron incluidas o excluidas las personas con discapacidad?

**16. Comunicación accesible (E-3)**

¿Las alertas y avisos de emergencia se envían en formatos accesibles (lengua de señas, lectura fácil, audio, braille, videos subtitrados), o solo en formato general?

**17. Participación efectiva en emergencias (nueva)**

Cuando su organización participa en temas de emergencias, ¿su opinión influye en las decisiones?

Sí o no.

**Pregunta opcional del capítulo**

¿Desea agregar algo más sobre la inclusión de personas con discapacidad en emergencias y desastres?

Este informe técnico muestra que, si bien América Latina y el Caribe han avanzado en marcos normativos, registros y algunas experiencias institucionales para incluir a las personas con discapacidad en los sistemas de salud y gestión de emergencias, persisten brechas estructurales que limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud. La conclusión principal es que la inclusión aún depende más de esfuerzos puntuales que de sistemas sostenidos, integrados y centrados en derechos.

En sus páginas se destacan cuatro desafíos críticos: datos fragmentados y poco interoperables, servicios de salud todavía organizados desde la oferta y no desde las necesidades diversas, capacidades del personal que no se institucionalizan y una respuesta ante emergencias que sigue siendo general, con escasa adaptación para asegurar accesibilidad, continuidad del cuidado y apoyos diferenciados. También subraya que la participación de las organizaciones de personas con discapacidad existe, pero sigue siendo mayoritariamente consultiva y sin incidencia estable en la toma de decisiones.

A partir de esa evidencia, se plantea una hoja de ruta clara: incorporar la discapacidad de forma transversal en políticas, planes y protocolos; fortalecer sistemas de información desagregados y accesibles; asegurar ajustes razonables y la continuidad de la atención, y consolidar mecanismos permanentes de participación social y coordinación intersectorial. En conjunto, esta publicación llama a transformar los avances normativos en cambios operativos concretos para construir sistemas de salud y gestión de emergencias más universales, resilientes e inclusivos.



NACIONES UNIDAS

CEPAL

OPS

[www.paho.org](http://www.paho.org)



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
Región de las Américas



IDA  
International  
Disability Alliance