

Inclusión para la gestión del riesgo de desastres en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social

Inclusion for disaster risk management in hospitals of the Instituto Mexicano del Seguro Social

Hermes M. Cortés-Meza*, Sandra Elizondo-Argueta, Everardo Martínez-Valdés,
Jorge L. Ponce-Hernández, Paul R. Bautista-Santos y Felipe Cruz-Vega†

†In memoriam.

Coordinación de Proyectos Especiales en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de inclusión para la gestión de emergencias y desastres en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. **Métodos:** Se adaptó la metodología de Inclusión para la Gestión de Riesgo de Desastres en Hospitales (INGRID-H) de la Organización Panamericana de la Salud para su aplicación mediante autoevaluación en 276 hospitales. Para ello, se realizaron sesiones de asesoría con expertos mediante un formato en cascada, visitas de verificación y cumplir con el tiempo de 180 días entre cada evaluación. **Resultados:** En la primera autoevaluación, 220 hospitales enviaron sus informes, y en la segunda lo hicieron 236. Se seleccionaron 186 hospitales que cumplieron con los criterios de inclusión para el análisis de resultados. La media obtenida para el nivel de inclusión en la primera autoevaluación fue del 36.70% y en la segunda fue del 52.03%, con una correlación de 0.410 y $p < 0.001$, con un intervalo de confianza del 95%, siendo estadísticamente significativa. **Conclusiones:** La adaptación de la herramienta INGRID-H basada en autoevaluaciones y tutorías con expertos permitió obtener un diagnóstico y realizar acciones con base en ajustes razonables para incrementar el nivel de inclusión para la gestión del riesgo de desastres en los hospitales.

Palabras clave: Gestión de riesgos. Desastres. Discapacidad. Inclusión. Hospitales.

Abstract

Objective: Determine the level of inclusion in hospital disaster risk management of the Mexican Social Security Institute. **Methods:** The methodology Disability Inclusion in Hospital Disaster Risk Management (INGRID-H) of the Pan American Health Organization was adapted for self-assessment in 276 hospitals. Expert advice sessions were conducted using a cascade format, including verification visits, and 180 days between each evaluation. **Results:** In the first self-assessment, 220 hospitals submitted their reports, and in the second, 236. 186 met inclusion criteria and were selected for analysis. In the first self-assessment the mean obtained for the level of inclusion was 36.70%, and in the second was 52.03%, with a correlation of 0.410 and $p < 0.001$, with a confidence interval of 95%, being statistically significant. **Conclusions:** The adaptation of the INGRID-H tool using self-assessments and tutorials with experts made it possible to obtain a national diagnosis and increase the level of inclusion for disaster risk management in hospitals.

Keywords: Risk management. Disaster. Disability. Inclusion. Hospitals.

*Correspondencia:

Hermes M. Cortés-Meza

E-mail: hermesmanuel@gmail.com

0009-7411/© 2024 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permayer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 09-05-2024

Fecha de aceptación: 06-10-2024

DOI: 10.24875/CIRU.24000278

Cir Cir. 2025;93(6):678-684

Contents available at PubMed

www.cirugiaycirujanos.com

Introducción

Se estima que actualmente 1300 millones de personas sufren una discapacidad importante, lo que representa aproximadamente el 16% de la población mundial. Este número está en aumento debido al crecimiento de la enfermedades no transmisibles y al incremento en la esperanza de vida de las personas^{1,2}. Esta población representa uno de los grupos más excluidos y afectados de forma desproporcionada por las crisis, emergencias o desastres; incluso en circunstancias normales, las personas con discapacidad tienen más dificultades para acceder a salud, educación, empleo y participación social, y presentan de dos a cuatro veces más probabilidades de morir en desastres y emergencias que las personas sin discapacidad³.

En México, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, de 126 millones de habitantes en el país, el 5.7% tienen discapacidad o algún problema o condición mental⁴.

El informe de la Encuesta Global 2023 sobre Personas con Discapacidad y Desastres de la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres² revela avances limitados en la inclusión de la discapacidad en los últimos 10 años. Los desastres afectan a todos, pero tienen un impacto desproporcionado en las personas con discapacidad, que siguen experimentando barreras a la participación y exclusión social, por lo que es fundamental consolidar acciones y esfuerzos a todos los niveles, y más aún desde los servicios de salud, para que en los momentos de emergencias y desastres, de acuerdo con la estrategia «Hospitales seguros frente a desastres»⁵, se cumpla con la premisa de «no dejar a nadie atrás».

En este trabajo se presenta la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la adaptación para la implementación de la metodología de «Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres en Hospitales» (INGRID-H) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte de las acciones que se están desarrollando en el marco de la «Política Institucional para la Atención de la Salud de Grupos en Situación de Vulnerabilidad, con Enfoque de Derechos Humanos y Perspectiva de Género»⁶.

La metodología INGRID-H favorece la inclusión con base en la atención a las necesidades de las personas con discapacidad que laboran en el establecimiento de salud, está dirigida a todo el personal del

hospital y hace énfasis en aquel que trabaja en la gestión del riesgo de emergencias y desastres. Los aspectos que evalúa son la visibilidad de las personas con discapacidad, la participación de las personas con discapacidad, la accesibilidad universal, las capacidades desarrolladas para la respuesta a desastres, y el plan hospitalario de respuesta a emergencias y desastres. Una vez que el hospital es evaluado obtiene una calificación que lo cataloga como excluyente, probablemente inclusivo o inclusivo, y se le recomiendan acciones a implementar para incrementar el nivel de inclusión^{7,8}.

Métodos

Con el apoyo del Centro Colaborador de la OMS/OPS Mex-35 para servicios de salud resilientes y con la finalidad de homologar las intervenciones y las asesorías, se formó un equipo de facilitadores en la metodología INGRID-H para personal de salud con formación y experiencia en gestión de servicios de salud y acreditados como evaluadores del «Programa Hospital Seguro» de México. Estos profesionales de la salud se integraron a los equipos de tarea tanto en la difusión de la información y asesoría referente a la metodología INGRID-H como en las posteriores visitas de verificación en todo el país.

Se observó la necesidad de adaptar la metodología INGRID-H para que fuese aplicada en formato de autoevaluación y no como evaluación por los facilitadores, para así lograr el despliegue nacional y una amplia difusión de esta actividad, y contar con la información de los hospitales del IMSS en los tiempos definidos (180 días entre cada evaluación). El universo de hospitales fue de 276, que incluyen unidades de segundo y tercer nivel, y se estableció como meta un cumplimiento de envío de autoevaluaciones del 80%.

Fase de asesoría

De julio a septiembre de 2022 se llevaron a cabo cuatro talleres de capacitación presencial para cada región del país (las unidades médicas de los tres niveles de atención del IMSS están organizadas para fines prácticos en la República Mexicana en cuatro regiones geográficas: centro, sureste, occidente y norte), con la participación de un total de 230 profesionales de la salud adscritos a diferentes hospitales. Los talleres incluyeron aspectos conceptuales de

discapacidad, inclusión, metodología y uso de la herramienta INGRID-H.

Durante octubre y noviembre de 2022, mediante sesiones virtuales regionales, se capacitó a 404 directivos de los hospitales nacionales sobre cómo realizar la autoevaluación con la metodología INGRID-H, en las cuales se establecieron compromisos:

- El cuerpo de gobierno debía establecer su equipo de tarea para la autoevaluación.
- Las fechas y el método para envío de las cédulas de autoevaluación junto con evidencia gráfica.

Fase de autoevaluación

La autoevaluación inicial y la autoevaluación a los 180 días (conforme el ciclo que especifica INGRID-H) se recibieron a través de correo electrónico y se habilitó una carpeta compartida en la nube institucional para recibir las evidencias de las acciones implementadas en cada hospital, de acuerdo con el plan de acción básico de INGRID-H.

Las unidades enviaron el plan de acción básico y el informe de la evaluación con la herramienta INGRID-H en formato electrónico.

Para facilitar el seguimiento del nivel de avance y los resultados de las evaluaciones se desarrollaron un portal web de Microsoft SharePoint para comunicación interna y un tablero en Microsoft Power BI, lo que permitió elevar el grado de cumplimiento de los compromisos establecidos para el despliegue nacional.

Fase de verificación y asesoría

En el momento en que se definió por el equipo de facilitadores adaptar la metodología INGRID-H en formato de autoevaluación se consideró que podría existir un sesgo en la información, tanto por el riesgo de desconocimiento de conceptos como por subestimación o sobreestimación en la forma de autoevaluarse, y por ello se estableció la necesidad de implementar visitas de verificación y validación de la información. En estas visitas se revisaron y validaron la información de la autoevaluación, el plan hospitalario para emergencias y desastres, y las acciones implementadas en el hospital, y además se hizo un recorrido por las instalaciones y se entrevistó al personal. Como valor agregado, se programó que la sesión hospitalaria se realizara el día de la visita para que el

equipo de facilitadores presentara ante el personal el tema «Por una cultura de inclusión».

Resultados

Para el despliegue nacional de INGRID-H se incluyeron en total 276 unidades médicas hospitalarias: 240 de segundo nivel de atención, 33 de tercer nivel de atención y 3 de atención ambulatoria.

En la primera autoevaluación se recibieron 220 informes, lo que representa un 80% del total de las unidades incluidas, y para la segunda autoevaluación se recibieron 236 informes, lo que representa el 86% del total de las unidades.

La primera autoevaluación se considera como diagnóstico inicial de la unidad y la segunda autoevaluación permite visualizar el seguimiento y las acciones implementadas para incrementar su nivel de inclusión. Conforme a la metodología establecida por la OPS/OMS, el ciclo debe completarse a los 180 días, pero en la realidad los tiempos para recabar la información, validación de la información, visitas de verificación, análisis de resultados y seguimiento de planes de acción hacen que los procesos tomen mayor tiempo para su conclusión, requiriendo en algunos casos periodos entre cada ciclo mayores que lo definido.

Al realizar la comparación de las autoevaluaciones y para el análisis de los resultados se excluyeron 90 unidades, ya fuera porque no enviaron alguna de las autoevaluaciones o porque estaba incompleta la información que se solicitó; por lo anterior, se realizó el análisis comparativo de resultados de 186 hospitales. La clasificación de los hospitales de acuerdo con su calificación global se muestra en la figura 1.

En la primera autoevaluación, 125 hospitales se clasificaron como excluyentes, 45 como probablemente inclusivos y 16 como inclusivos. En la segunda autoevaluación, 67 hospitales se clasificaron como excluyentes, 77 como probablemente inclusivos y 42 como inclusivos. Observamos que existe una reducción del 46% en los hospitales clasificados como excluyentes, así como un aumento del 70% en los hospitales clasificados como probablemente inclusivos y del 163% en el número de unidades clasificadas como inclusivas. La calificación mínima obtenida en la primera autoevaluación fue del 1.86% y la máxima del 93.76%, en la segunda autoevaluación la calificación mínima fue del 8.94% y la máxima fue del 98.04% (Fig. 2).

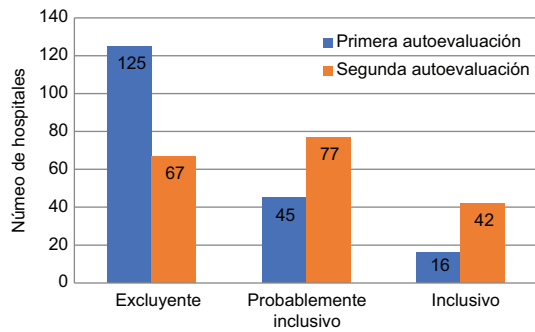


Figura 1. Clasificación de los hospitales de acuerdo con su nivel de inclusión.

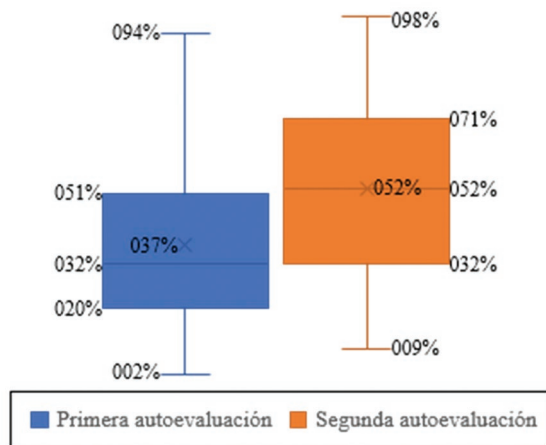


Figura 2. Resultados globales de las dos autoevaluaciones.

Por cada uno de los aspectos que evalúa INGRID-H se hizo un análisis comparativo de los resultados y se establecieron tres rangos de cumplimiento: 0% a < 44.9%, $\geq 44.9\%$ a < 72.5% y $\geq 72.5\%$ a 100%, conforme a la escala del índice de INGRID-H (Fig. 3).

Para el análisis estadístico se aplicó la prueba t para muestras relacionadas, utilizando el *software* SPSS versión 25.0. Se encontró que la media obtenida en la primera autoevaluación fue del 36.70% y en la segunda autoevaluación fue del 52.03%, con una correlación de 0.410 y un valor de $p < 0.001$, con un intervalo de confianza del 95%, por lo que la diferencia entre los resultados globales es estadísticamente significativa (Tablas 1 y 2).

Discusión

La revisión intermedia del Marco de Sendai⁹ enfatiza la importancia de adoptar un enfoque que

Tabla 1. Estadísticas de las muestras emparejadas

Aspecto a comparar	Media	n	Desv. desviación	Desv. error promedio
Par 1 INGRID-H 1	36.70%	186	20.98%	1.54%
INGRID-H 2	52.03%	186	22.99%	1.69%
Par 2 Visibilidad 1	32.17%	186	31.66%	2.32%
Visibilidad 2	52.70%	186	32.28%	2.37%
Par 3 Representación 1	17.20%	186	34.35%	2.52%
Representación 2	39.43%	186	44.23%	3.24%
Par 4 Accesibilidad 1	47.33%	186	19.49%	1.43%
Accesibilidad 2	55.50%	186	18.88%	1.38%
Par 5 Capacidades	36.52%	186	35.31%	2.59%
Capacidades 2	47.99%	186	34.43%	2.52%
Par 6 Plan hospitalario	48.31%	186	32.01%	2.35%
Plan hospitalario 2	61.83%	186	29.45%	2.16%

Tabla 2. Correlaciones de las muestras emparejadas

Aspecto a comparar	n	Correlación	p
Par 1 INGRID-H 1 e INGRID-H 2	186	0.41	0.000
Par 2 Visibilidad 1 y visibilidad 2	186	0.293	0.000
Par 3 Representación 1 y representación 2	186	0.235	0.001
Par 4 Accesibilidad 1 y accesibilidad 2	186	0.351	0.000
Par 5 Capacidades 1 y capacidades 2	186	0.306	0.000
Par 6 Plan hospitalario 1 y plan hospitalario 2	186	0.285	0.000

abarque a toda la sociedad para la implementación de la reducción del riesgo de desastres inclusiva, y subraya la urgencia de involucrar a todos los segmentos de la sociedad, incluidas las personas con discapacidad que a menudo se pasan por alto, en los esfuerzos de preparación, respuesta y recuperación ante desastres. Las personas con discapacidad no son visualizadas en el antes, el durante y el después de una emergencia, o más aún, no son integradas, consultadas ni representadas en la gestión de las emergencias, y por lo tanto tampoco conocemos cuáles son sus necesidades¹⁰.

Los trabajos publicados sobre accesibilidad e inclusión se han enfocado en los recursos y las barreras percibidas por los usuarios y los directivos de las instalaciones de salud con un enfoque en el acceso

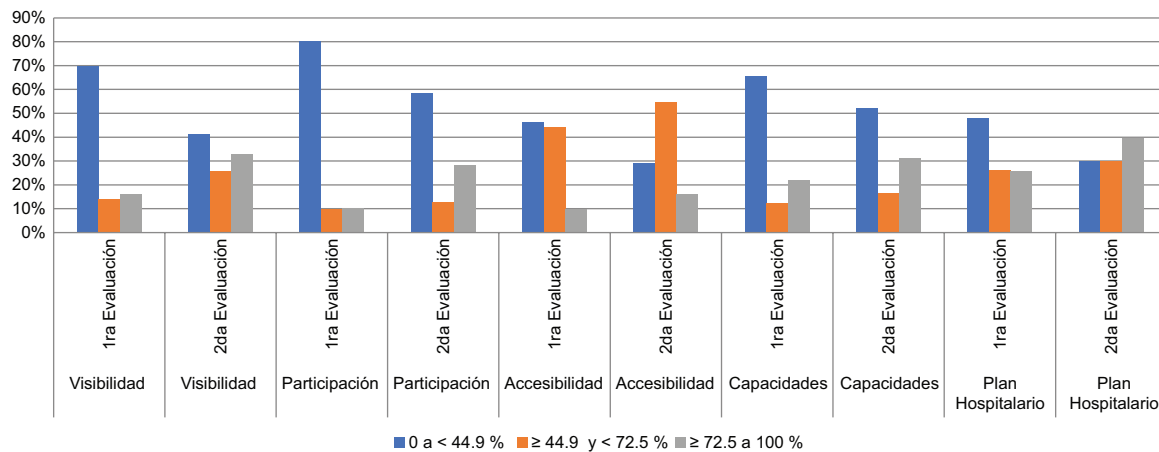


Figura 3. Comparación de los resultados obtenidos por los hospitales en cada aspecto de INGRID-H.

a los servicios de salud. En este sentido, Villarreal et al.¹¹ encontraron una accesibilidad limitada en el segundo y el primer niveles de atención en el IMSS, considerando las barreras que el usuario tiene que vencer para acceder a los servicios de salud y los recursos disponibles. Existen también extensos reportes de evaluaciones de la accesibilidad con un enfoque en las barreras físicas, la cadena de accesibilidad y la comunicación, como el publicado por la Federación Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de Gipuzkoa¹², que sin duda contribuyen a garantizar el acceso a los servicios y representan una base sólida para la inclusión en la gestión del riesgo de desastres. Gutiérrez et al.¹³ validaron una escala de evaluación de la inclusión destinada a centros y servicios para personas con discapacidad, con el fin de ayudar a las organizaciones a autoevaluar el estado en que se encuentran respecto a los valores y los procesos inclusivos, y así facilitar el desarrollo de culturas, políticas y prácticas inclusivas.

La adaptación que se realizó de la metodología INGRID-H de la OPS/OMS en un formato de autoevaluación permitió contar con un diagnóstico inicial a gran escala para conocer dónde estamos y definir, conforme al plan de acción, actividades específicas para fortalecer la inclusión. Un total de 186 unidades enviaron su información en la primera autoevaluación, lo que permitió observar que no conocemos a las personas con discapacidad y mucho menos las hacemos participar en la gestión del riesgo. Considerando que la visibilidad y la participación que enfatiza INGRID-H están con base en el personal que labora en los centros de trabajo, permitió que desde la

gobernanza las unidades médicas generaran acciones para incluirlos en sus comités y planes. La Nota orientativa sobre la gestión de riesgos de discapacidad y emergencias sanitarias de la OMS refiere que en el antes de una emergencia debemos identificar las vulnerabilidades preexistentes, los recursos y las carencias de los servicios para las personas con discapacidad, así como las oportunidades para reforzar y fortalecer las capacidades. Al comparar estos rubros en la segunda autoevaluación observamos que tanto en visibilidad como en participación el porcentaje de cumplimiento incrementó en las unidades¹⁴.

Un ejemplo de que hace falta seguir impulsando la inclusión de las personas con discapacidad está en la publicación de Qi y Hu¹⁵, en la cual se hace referencia a que las declaratorias de emergencia por la COVID-19 en China carecieron de una perspectiva de inclusión al pasar por alto las necesidades de las personas con discapacidad, lo cual muestra que ante una grave crisis de salud pública, y ya con conocimiento de este derecho, se sigue dejándolos de lado.

La comunicación inclusiva desde los hospitales es factible, y esto lo pudimos observar desde el impulso que se brindó a acciones específicas en la accesibilidad para fortalecer la autonomía de las personas con discapacidad; ejemplo de ello fue la adecuación de la señalética en las rutas de evacuación, y en las visitas de verificación se observó que en algunas unidades el personal de salud tomó cursos de lengua de señas mexicana.

La integración de las personas con discapacidad en la gestión del riesgo de desastres permite que nos brinden la información necesaria para que en

los planes se integren sus capacidades y necesidades específicas. Un ejemplo de cómo los planes pueden ser inclusivos es el documento de la National Fire Protection Association (NFPA), Plan de evacuación de emergencia, Guía para personas con discapacidad¹⁶, de 2022, que proporciona orientación para desarrollar un plan de evacuación de emergencia que incluya a las personas con discapacidad.

Al revisar los resultados obtenidos en las autoevaluaciones, los planes hospitalarios de respuesta, aunque consideraban a las personas con discapacidad, realmente no cumplían con lo que se revisa en INGRID-H, por lo que se realizó énfasis en cómo integrar la variable inclusión, pero sobre todo con la visión que es hacia el trabajador de la unidad médica, además de cómo fortalecer sus capacidades y la importancia de realizar ejercicios de simulación y simulacros inclusivos.

Como se mencionó, la metodología INGRID-H se basa en la gestión del riesgo de desastres desde la inclusión de las personas con discapacidad. Se requiere seguir fortaleciendo la inclusión desde una perspectiva de derechos humanos en la que se haga realidad el acceso universal a los servicios de salud, y por qué no, visualizar que mediante esta estrategia se pueden impulsar también las intervenciones para eliminar cualquier tipo de barreras culturales, educativas, económicas, políticas, etc.^{17,18}.

Conclusiones

La metodología de INGRID-H se centra en los trabajadores de los hospitales que tienen alguna discapacidad e impulsa que ellos participen en la gestión del riesgo de desastres. La adaptación y la implementación mediante autoevaluación de INGRID-H desde el nivel estratégico, con una metodología basada en tutorías con expertos dirigida al nivel táctico y operativo en cascada, permitió un mayor alcance en un menor tiempo y tener un diagnóstico a gran escala para enfocar los recursos y los esfuerzos con el objetivo de incrementar el nivel de inclusión en los hospitales frente a emergencias y desastres, pero sobre todo cumplir con las premisas «no dejar a nadie atrás» y «nada para nosotros sin nosotros»¹⁹.

La inclusión en la gestión del riesgo de desastres es uno de los pilares de la resiliencia de los hospitales y del sector de la salud, y es a través de la institucionalización de estas estrategias que se puede lograr un mayor impacto. La experiencia obtenida con este

proyecto da pauta para seguir avanzando en la cultura de la inclusión y el respeto a los derechos de las personas con discapacidad.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Daniela Becerril, Alejandra Cortés, Mariela Santiago y Dora Bernal por todo el apoyo brindado para el desarrollo de este proyecto.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad. OMS; 2023. (Consultado el 09-05-2024.) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>.
2. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. 2023 Global Survey Report on Persons with Disabilities and Disasters. Geneva, Switzerland: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2023. (Consultado el 09-05-2024.) Disponible en: <https://www.undrr.org/report/2023-global-survey-report-on-persons-with-disabilities-and-disasters>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Discapacidad. (Consultado el 09-05-2024.) Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad (datos nacionales). México: INEGI; 3 de diciembre 2021. Comunicado de prensa 713/21. (Consultado el 09-05-2024.) Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_PersDiscap21.pdf.
5. Organización Panamericana de la Salud. Hospitales seguros. (Consultado el 09-05-2024.) Disponible en: <https://www.paho.org/es/emergencias-salud/hospitales-seguros>.

6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Política Institucional para la Atención de la Salud de Grupos en Situación de Vulnerabilidad, con Enfoque de Derechos Humanos y Perspectiva de Género. México: IMSS; 2023. (Consultado el 09-05-2024.) Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/historico/programas/01-politica-institucional-gsv.pdf>.
7. Organización Panamericana de la Salud. INGRID-H: Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres en Hospitales. Una metodología de "evaluación-acción" para mejorar la inclusión de las personas con discapacidad. Suplemento sobre la reducción del riesgo de desastres para la salud. PAHO/WHO Emergencies News; octubre 2020. (Consultado el 09-05-2024.) Disponible en: <https://www3.paho.org/disasters/newsletter/626-ingrid-h-inclusion-para-la-gestion-del-riesgo-de-desastres-en-hospitales-una-metodologia-de-evaluacion-accion-para-mejorar-la-inclusion-de-las-personas-con-discapacidad-309-101-es.html>.
8. Organización Panamericana de la Salud. Inclusión para la gestión del riesgo de desastres en hospitales. Washington, D.C.: OPS; 2018. (Consultado el 09-05-2024.) Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51059>.
9. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. The Report of the Midterm Review of the Implementation of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030. UNDRR; 2023. (Consultado el 09-05-2024.) Disponible en: <https://www.undrr.org/publication/report-midterm-review-implementation-sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>.
10. World Health Organization. Guidance note on disability and emergency risk management for health. Geneva: WHO; 2013. (Consultado el 09-05-2024.) Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/90369/9789241506243_eng.pdf?sequence=1.
11. Villarreal E, González J, Salinas AM, Garza ME, Núñez G, Uribe MG. Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. Aten Primaria. 2000;25:475-8.
12. Elkartu, Federación Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de Gipuzkoa. Diagnóstico de accesibilidad en los hospitales de la CAPV para las personas con discapacidad. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco. Elkartu, Federación Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de Gipuzkoa; 2017. (Consultado el 09-05-2024.) Disponible en: https://www.ararteko.eus/sites/default/files/2021-12/0_4346_3.pdf.
13. Gutiérrez M, Hernández R, Jenaro C. Escala de Evaluación de la Inclusión (EEI) para centros y servicios para personas con discapacidad: validación preliminar. Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva. 2019;12:97-118.
14. World Health Organization. Guidance note on disability and emergency risk management for health. Geneva; 2013. (Consultado el 09-05-2024.) Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/90369/9789241506243_eng.pdf?sequence=1.
15. Qi F, Hu L. Including people with disability in the COVID-19 outbreak emergency preparedness and response in China. Disability & Society. 2020;35:848-53.
16. National Fire Protection Association. Emergency Evacuation Planning Guide for People with Disabilities. November 2022. (Consultado el 09-05-2024.) Disponible en: <https://epic-fsc.com/wp-content/uploads/NFPA-Evacuation-Guide-for-People-with-Disabilities.pdf>.
17. Kusumawardoyo C, Tamtomo K. Reflections on implementing the Sendai Framework in the Asia-Pacific: beyond adding disability inclusion to disaster risk reduction. Disasters. 2022;46:857-78.
18. Twigg J, Kett M, Lovell E. Disability inclusion and disaster risk reduction: overcoming barriers to progress. London: University College London; 2018. (Consultado el 09-05-2024.) Disponible en: <https://odi.cdn.ngo/media/documents/12324.pdf>.
19. Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible. Valores universales. Ginebra, Suiza: UNSDG; 2024. (Consultado el 09-05-2024.) Disponible en: <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/valores-universales>