Resilient Hospital Champions of the Americas

Campeones de Establecimientos y Redes de Salud Resilientes ante Emergencias de Salud y Desastres de las Américas

Ficha Técnica

Elemento	Definición
Nombre	Resilient Hospital Champions of the Americas. Campeones de Establecimientos y Redes de Salud Resilientes ante Emergencias de Salud y Desastres de las Américas
Naturaleza	Programa permanente de reconocimiento, con ediciones anuales de tema definido
Alcance	Región de las Américas, con apertura a otras regiones de la OMS dependiendo de la disponibilidad de recursos
Unidad responsable	CPR/PHE, OPS
Edición piloto	2026-2027: Alistamiento Operativo ante el Fenómeno de El Niño, en el marco del Acelerador Regional de Alistamiento Operativo en Salud
Unidades de reconocimiento	Establecimientos de salud y redes de servicios, en categorías separadas
Incentivo	Paquete técnico valorizado en dólares estadounidenses, sin transferencia financiera
Vigencia del reconocimiento	Dos años, con obligaciones de acompañamiento y reporte anual
Convocatoria del piloto	Apertura el 17 de septiembre de 2026; cierre el 16 de octubre de 2026

1. Justificación

1.1. Qué es un hospital resiliente

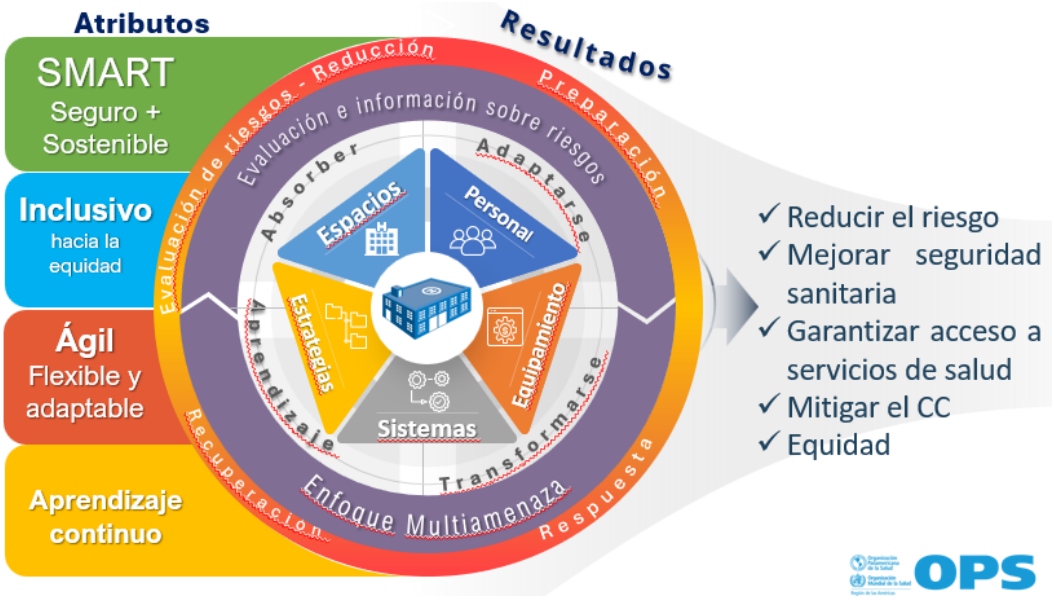
De 20 396 hospitales con servicios de urgencia, cirugía o cuidados intensivos identificados en 51 países y territorios de las Américas, el 88,1 % está expuesto al menos a una amenaza de origen natural y el 38,1 % a dos o más; 8667 establecimientos, esto es el 42,5 % del total, se ubican en los deciles de mayor exposición (Hernandez et al., 2026). La exposición no equivale al riesgo, este depende de la vulnerabilidad del establecimiento y de su capacidad de afrontamiento.

Un establecimiento de salud resiliente ante emergencias de salud y desastres debe mantener la atención cuando las condiciones del entorno se deterioran, resistir el impacto, absorberlo, adaptarse a circunstancias cambiantes y recuperarse restableciendo sus estructuras y funciones, mediante la gestión del riesgo de emergencias y desastres aplicada a lo largo del ciclo, con enfoque multiamenaza y basada en la evaluación estratégica del riesgo (OPS, 2025). Lo que define la resiliencia es la operación y no la construcción, porque un establecimiento nuevo y bien construido puede quedar fuera de servicio en la primera inundación si nunca probó su plan de respuesta, si desconoce las amenazas de su entorno inmediato o si el mantenimiento de sus líneas vitales no se realiza de acuerdo con una debida planificación.

En el marco de Hospitales Resilientes se establecen cuatro atributos, cada uno con instrumentos de evaluación ya disponibles y aplicados en los países (OPS, 2025; OPS, s.f.). *La aplicación de esos instrumentos no vuelve resiliente a un establecimiento por sí sola*. La resiliencia se construye a lo largo de una hoja de ruta que empieza por identificar los riesgos y valorar las brechas y las capacidades reales de gestión, y que se sustenta, sobre todo, en la implementación de acciones priorizadas, medibles, verificables y basadas en la evidencia. La gobernanza y el financiamiento hacen sostenible ese recorrido, porque alinean la acción de los establecimientos y de las redes de salud con la política pública y con los marcos nacionales, regionales y globales.

Atributo	Qué significa en el establecimiento
SMART Seguridad + Sostenibilidad	Que la estructura, los elementos no estructurales y la organización para emergencias permitan seguir operando durante y después del evento
	Agua, energía, residuos y gestión ambiental que reducen la dependencia de servicios externos y la huella del establecimiento
INCLUSIÓN	Acceso y atención efectivos para personas con discapacidad, pueblos indígenas, mujeres, niñez y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad
AGILIDAD Flexibilidad + Adaptabilidad	Capacidad de expandir servicios, reorganizar espacios y sostener las funciones esenciales bajo demanda extraordinaria
APRENDIZAJE CONTINUO	Que el establecimiento convierta en cambios de gestión lo que observa en ejercicios, en eventos reales y en sus propias evaluaciones, de modo que cada ciclo parta de un punto distinto al anterior

Figura 1. *Marco conceptual de hospitales resilientes: cuatro atributos sobre el ciclo de gestión del riesgo.*



1.2. *Por qué un programa de reconocimiento?*

Las Américas disponen de la base normativa y de los instrumentos necesarios para aplicar el marco de hospitales resilientes ante emergencias de salud y desastres (OPS, 2025), pero la adopción avanza de forma desigual entre países y entre los establecimientos de un mismo país. El reconocimiento público de experiencias verificadas puede orientar las decisiones institucionales al incentivar a las autoridades mediante casos comparables resueltos en contextos y con recursos similares. El programa documenta esas experiencias con evidencia verificada y las convierte en un activo de cooperación entre pares.

El Programa está inspirado en la iniciativa de la OPS "Malaria Champions of the Americas", que desde 2009 reconoce experiencias sostenidas de países, estados y municipios (OPS, 2023). Su propia revisión de 2022 dejó tres lecciones que este diseño incorpora: extender el periodo de las acciones reconocidas, mantener la atención sobre los campeones mediante incentivos posteriores al fallo, y distribuir la difusión a lo largo del año en lugar de concentrarla en el acto de premiación (OPS, 2022).

Fuera del sector salud, los Resilience Hubs de Making Cities Resilient 2030 aportan una estructura de obligaciones: el reconocimiento se otorga por un periodo definido, obliga a acompañar y orientar a otros municipios, exige un reporte anual y se renueva según ese historial de acompañamiento (UNDRR, s.f.).

2. Objetivos

2.1. *Objetivo general*

Reconocer, con evidencia verificada, a establecimientos y redes de servicios de salud de las Américas que demuestren una gestión efectiva de la resiliencia ante emergencias de salud y desastres.

2.2. *Objetivos específicos*

- Documentar, con evidencia verificada, las buenas prácticas de implementación de las orientaciones sobre hospitales resilientes
- Estimular la mejora medible en el marco de hospitales resilientes mediante un ciclo anual con un tema definido según el riesgo y la coyuntura.
- Constituir una comunidad de establecimientos y redes reconocidos que acompañe a otros, con obligaciones explícitas y de vigencia limitada.

3. Qué se reconoce y qué no?

El programa reconoce la gestión demostrada: decisiones tomadas, acciones ejecutadas y verificadas, y capacidad de explicar a otros cómo se hicieron.

No certifica el cumplimiento de una norma, no acredita al establecimiento ante ninguna autoridad y no sustituye ninguna evaluación.

El marco de hospitales resilientes ordena los dominios de evaluación, y los instrumentos existentes aportan evidencia, de modo que pueden participar establecimientos con niveles de partida muy distintos. El programa necesita esa apertura si quiere motivar a quienes empiezan y no solo distinguir a quienes ya están avanzados.

4. Arquitectura del programa

4.1. Ediciones anuales

Cada edición define un tema conductor según el riesgo dominante del año, pero principalmente de los aspectos identificados como críticos en la evidencia científica en gestión del riesgo de emergencias de salud y desastres hospitalario, que alinea la convocatoria con las iniciativas regionales en curso y evita una competencia genérica sin foco técnico.

4.2. Unidades de reconocimiento

Unidad	Alcance
Establecimiento de salud	Establecimiento de salud con servicios de internación y de urgencias, de cualquier nivel de complejidad
Red o microrred de servicios	Conjunto de establecimientos con dependencia funcional común, incluida la articulación con el primer nivel de atención

4.3. Categorías dentro de cada unidad

1. **Desempeño demostrado.** Nivel de gestión alcanzado, sostenido en el tiempo y verificado.

2. **Cambio verificable.** Magnitud de la mejora documentada respecto de la línea de base, medida como ganancia normalizada (sección 6.6), independientemente del nivel de partida. Responde a un problema conocido de los premios de desempeño: si solo se reconoce el nivel alcanzado, ganan los establecimientos mejor dotados y se pierde el efecto motivador en el resto. La categoría de cambio verificable exige una línea de base documentada al inicio del ciclo, requisito que, de paso, obliga a los postulantes a ordenar su evidencia desde el arranque

3. **Mención en innovación e inclusión.** Soluciones de bajo costo, adaptación cultural, accesibilidad, protección de poblaciones en situación de vulnerabilidad.

5. Elegibilidad

5.1. Criterios de elegibilidad

- Puede postular cualquier establecimiento de salud[1], red que preste servicios a la población, independientemente de su dependencia institucional: ministerios de salud y seguridad social, fuerzas armadas y policiales, entidades privadas y mixtas.
- Los establecimientos del sector privado deben contar con la documentación legal que habilita su funcionamiento.
- Aval escrito de la autoridad inmediata superior con capacidad de decisión sobre el establecimiento: dirección de redes, dirección de hospitales, dirección provincial, estatal o departamental, o la propia institución cuando tiene autonomía administrativa.
- Lista de verificación de alistamiento multiamenaza aplicada al momento de postular, que constituye la línea de base del expediente (sección 6.5).
- Para el período 2026-2027, el establecimiento de salud o las redes deben estar ubicados en países de riesgo frente al Fenómeno del Niño

La OPS/OMS informará al Ministerio de Salud y, cuando corresponda, a la máxima autoridad competente de otra dependencia, sobre las postulaciones recibidas en su país. No se exige aval ministerial para postular.

5.2. Criterios de exclusión

- Establecimientos y redes sin habilitación vigente.
- Postulaciones que no cuenten con el aval descrito en el numeral 5.1.
- Expedientes ajenos al tema de la edición.

6. Arquitectura de medición

6.1. Elementos del marco de hospitales resilientes y calificación

El marco de hospitales resilientes organiza la capacidad operativa del establecimiento en cuatro elementos: Espacios, Personas, Equipamiento, y Estrategias y Sistemas.

La existencia del recurso opera como condición de admisibilidad, y la acción documentada sobre dicho recurso se aplica a Espacios, Personas y Equipamiento. Las estrategias y los sistemas se califican siempre, porque en ese elemento no hay existencia separable de la acción: un protocolo que nadie activó ni probó no existe operativamente.

[1] Establecimiento de salud con servicios de internación y de urgencias, de cualquier nivel de complejidad

Por ejemplo, un establecimiento con una planta eléctrica de respaldo instalada desde hace diez años no obtiene puntaje por tenerla. Obtiene puntaje si ejecutó la prueba de carga en los últimos seis meses, si mantiene vigente el contrato de reabastecimiento y si la planta mantuvo el servicio durante el evento.

Esta regla hace efectivo lo establecido en la sección 3. Sin ella, la rúbrica premia la capacidad instalada y el reconocimiento termina donde ya había presupuesto.

6.2. Matriz de dominios y elementos

Los pesos por dominio corresponden al marco general y suman 100; cada edición los ajusta según el tema del año (sección 14.3).

Dominio	Espacios	Personas	Equipamiento	Estrategias y Sistemas	Peso
1. Evaluación estratégica del riesgo	Áreas críticas identificadas en el mapa de amenazas del establecimiento	Equipo evaluador conformado y capacitado en STAR-H	Inventario de equipos críticos vinculado a la evaluación	STAR-H aplicada en los últimos dos años y usada en al menos una decisión documentada	15
2. Seguridad	Reubicación o protección de áreas críticas derivada del ISH	Comité de seguridad activo con personal capacitado en ISH	Anclaje y/o protección de equipos y líneas vitales	Plan de mejora derivado del ISH, con a ejecución verificada	20
3. Continuidad de servicios esenciales	Áreas de expansión y sitios alternos identificados, equipados y probados	Roles de continuidad designados con suplentes y turnos cubiertos	Autonomía de agua y de energía expresada en horas, con prueba documentada	Plan probado mediante ejercicio; rutas de referencia activadas con la red	20
4. Manejo de amenazas infecciosas	Áreas de triage y aislamiento habilitadas y señalizadas	Personal entrenado en EPP, toma y traslado de muestras	EPP, insumos de PCI y capacidad de esterilización verificados	Protocolos de PCI socializados; vigilancia vinculada a la señal de riesgo; traslado interno probado	10
5. Inclusión y poblaciones en situación de vulnerabilidad	Accesibilidad de rutas, áreas de espera y albergues (INGRID-H)	Personal designado para violencia por razón de género y protección de la niñez;	Ayudas técnicas y comunicación en formatos accesibles. Adaptaciones culturales	Plan de mejora INGRID-H; registro de población dependiente de tratamiento	15

Dominio	Espacios	Personas	Equipamiento	Estrategias y Sistemas	Peso
		mediación lingüística		continuo con ruta alterna probada	
6. Gobernanza, mantenimiento y financiamiento	Centro de Operaciones de Emergencia establecido, seguro y equipado	Gerente de incidentes y suplente designados	Contratos de mantenimiento vigentes de equipos críticos	Partida presupuestaria asignada y mecanismos administrativos de emergencia activables	10
7. Transferibilidad		Personal con capacidad docente identificado	Material audiovisual y documentación del caso disponible		10
Total					100

Nota al dominio 2. En redes de servicios, todos los establecimientos deben contar con una evaluación estratégica del riesgo con una antigüedad no mayor a dos años a la fecha de postulación. La evaluación con el Índice de Seguridad Hospitalaria se exige a los establecimientos de segundo y tercer nivel con riesgo alto o muy alto; los de primer nivel aplican la evaluación estratégica del riesgo.

6.3. Escala de calificación

Nivel	Descriptor
0	Sin evidencia o evidencia no verificable
1	Acción iniciada, sin documentación de resultado
2	Acción ejecutada parcialmente, con documentación incompleta
3	Acción ejecutada y documentada, con verificación satisfactoria
4	Acción ejecutada, documentada, sostenida en el tiempo y transferible a otro establecimiento

El promedio de las cuatro celdas de un dominio, multiplicado por su peso y expresado en base 100, produce el Nivel de Gestión (NG) del expediente.

6.4. *Línea de base y medición del cambio para el período piloto 2026-2027*

La lista de verificación de alistamiento para la respuesta ante emergencias y desastres, con enfoque multiamenaza, aporta la métrica cuantitativa de este año . Son 64 ítems distribuidos en 12 componentes, con estado seleccionable, puntuación automática por componente y semáforo en tres bandas (0-50 %, 51-70 %, 71-100 %). Cada aplicación produce un Índice de Alistamiento (IA) global en base 100.

El instrumento se aplica dos veces. La primera aplicación (IA0) acompaña la postulación y constituye la línea de base. La segunda (IA1) se realiza en la ventana de envío de avances del alistamiento, entre el 15 y el 20 de noviembre de 2026.

Componentes del checklist	**Dominio al que aportan evidencia**
Gobernanza y liderazgo; Administración y finanzas	D6 Gobernanza, mantenimiento y financiamiento
Coordinación y gestión; Información y planificación; Logística y operaciones; Continuidad de servicios esenciales	D3 Continuidad de servicios esenciales
Identificación rápida de agentes QBRN; Diagnóstico oportuno; Aislamiento; Manejo de casos; Prevención y control de infecciones	D4 Manejo de amenazas infecciosas
Servicios básicos, clima y protección	D3 Continuidad y D5 Inclusión
(no cubiertos por el checklist)	D1 con STAR-H; D2 con ISH; D7 con evidencia de acompañamiento

6.5. *Ganancia normalizada*

Para evitar que los establecimientos que parten con una línea de base alta tengan una ventaja sobre quienes inician con una línea de base baja, se utiliza la fórmula de ganancia normalizada, que divide la mejora obtenida entre la que era posible obtener[2].

6.6. *Puntaje compuesto y doble lectura del expediente*

Cada expediente admitido se califica una sola vez y se lee dos veces, con ponderaciones distintas según la categoría.

[2] La ganancia normalizada, divide la mejora obtenida entre la mejora que era posible obtener: **g = (IA1 – IA0) / (100 – IA0) .**El indicador procede de la investigación educativa, donde se demostró en más de 62 cursos y 6542 estudiantes que la ganancia normalizada correlaciona apenas +0,02 con el nivel de partida, frente a +0,55 del puntaje final crudo y −0,49 de la ganancia cruda (Hake, 1998). Esa independencia respecto del punto de inicio es la propiedad que el programa necesita, y las bandas de interpretación originales se adoptan sin modificación: baja por debajo de 0,30, media entre 0,30 y 0,70, alta por encima de 0,70. Cuando IA1 resulta menor que IA0, la ganancia se registra como negativa y el expediente queda fuera de la categoría de cambio verificable, sin que ello afecte su participación en el desempeño demostrado.

Categoría	Peso del NG	Peso de g	Umbral de entrada
Desempeño demostrado	70 %	30 %	NG igual o mayor que 60
Cambio verificable	30 %	70 %	g igual o mayor que 0,30
Mención en innovación e inclusión	Cualitativa	Cualitativa	Postulación admitida

Los umbrales evitan los dos resultados que harían perder credibilidad al fallo. Sin piso de NG, un establecimiento con gestión débil podría ganar por el solo hecho de haber partido muy abajo. Sin piso de g, un establecimiento bien dotado podría ganar sin haber movido nada durante el ciclo. La mención en innovación e inclusión se resuelve mediante deliberación del comité sobre las celdas de Espacios y Personas del dominio 5 y sobre las soluciones de bajo costo documentadas en cualquier dominio.

7. Ciclo del programa

Fase 1.

Convocatoria y postulación.

Publicación de bases, registro y presentación del expediente en un formulario propio, con límites de extensión y de número de anexos.

Un filtro de admisibilidad precede a la revisión técnica y descarta expedientes sin aval, sin habilitación o fuera del tema de la edición.

Fase 2.

Cohorte de finalistas. Cinco finalistas por edición: tres establecimientos y dos redes, con un tope de uno por país.

Los finalistas reciben formación adicional en competencias críticas, entre ellas el sistema de comando de incidentes, la evaluación de daños y el análisis de necesidades, y la continuidad operativa; además, participan en el ejercicio de simulación regional. El paquete técnico se entrega antes del fallo, de modo que la postulación en sí constituye un beneficio para el establecimiento.

Fase 3.

Selección y reconocimiento. La cohorte de finalistas se reconoce públicamente al cierre del ciclo de formación. El título se resuelve después del periodo de exposición al riesgo del tema del año, incorporando evidencia de desempeño durante el evento.

La secuencia evita premiar promesas de alistamiento y permite valorar la continuidad efectiva de servicios.

8. Verificación

La verificación es virtual. La hace un Comité de Selección que convoca la Unidad de Preparación de los Países y Reducción del Riesgo de Desastres, del Departamento de Emergencias en Salud de la OPS, con el apoyo de las representaciones de país.

Todo lo que el establecimiento declare debe contar con respaldo: órdenes de trabajo, actas, presupuestos, informes de ejercicios, contratos de mantenimiento, fotos con fecha y reportes de lo ocurrido durante el evento. Lo que se afirma sin respaldo documental no suma puntos.

Cada postulación la revisan todos los miembros del comité por separado. Si sus puntajes difieren mucho, lo resuelven en Comité, y con apoyo de la Representación de país, que aporta el contexto pero no califica.

El checklist de alistamiento se aplica dos veces, al inicio y al cierre. El comité revisa una muestra de al menos diez preguntas de la segunda aplicación y las compara con el documento que las respalda. Si se encuentran tres o más respuestas infladas sin justificación, esa segunda medición se anula y el establecimiento se evalúa únicamente por su nivel de gestión, quedando fuera de la categoría de mejora. La primera medición se revisa igual, para que nadie se califique bajo a propósito al comienzo y así parezca una mejora grande al final.

9. Gobernanza

Actor	Función
CPR/PHE	Coordinación general, bases, verificación documental, secretaría del comité
Representaciones OPS/OMS	Difusión, acompañamiento a postulantes, información al ministerio, contexto para la verificación
Socios académicos e institucionales	Integración del comité, revisión externa, credibilidad del fallo. Formación de la fase 2, pasantías, apoyo metodológico

El comité de selección declara conflicto de intereses respecto de los países y establecimientos postulantes. Las deliberaciones constan en acta; los puntajes individuales no se publican.

10. Paquete de reconocimiento y obligaciones

El paquete de reconocimiento es técnico y se publica valorado en dólares estadounidenses. La valorización permite que un director presente el reconocimiento ante su autoridad como un beneficio institucional cuantificado. La tabla se publica con cifras, por lo que el costeo debe cerrarse antes de la apertura de la convocatoria.

Componente	Contenido	Valor (USD)
Acompañamiento en la formación de la fase 2 (5 finalistas)	Competencias críticas, modalidad virtual y tutorías	15.000
Ejercicio de simulación regional (5 finalistas)	Participación del establecimiento o red en ejercicio SIMEX AMERICAS	10.000
Acompañamiento técnico posterior durante 2 años tras la selección. (Ganador)	140 horas de asistencia técnica a demanda.	35.000
Documentación de los casos (5 finalistas)	Edición, diseño y publicación institucional	5.000
Visibilidad regional y global (Ganador)	Participación en eventos virtuales regionales y globales	5.000
Total del paquete de incentivo		**70.000 USD**

El reconocimiento tiene una vigencia de dos años. Durante ese periodo, el establecimiento o la red acompaña a al menos otro establecimiento de su país o de la Región. En el acto de reconocimiento, cada integrante de la cohorte inscribe en un registro público de compromisos a qué establecimiento acompañará y en qué dominio, de modo que la renovación se resuelve contrastando el reporte anual con dicho registro y no con una declaración general de disposición. La renovación depende de ese historial. El incumplimiento reiterado de las obligaciones suspende el uso de la denominación.

11. Riesgos y mitigación

Riesgo	Mitigación
Concentración de reconocimientos en establecimientos de mayor capacidad instalada	Categoría de cambio verificable con línea de base; tope de un finalista por país
Volumen de postulaciones superior a la capacidad de verificación desde la sede	Filtro de admisibilidad; límites de extensión y anexos; apoyo formal de las representaciones
Sensibilidad por el reconocimiento a establecimientos privados o de otras dependencias	Requisito de habilitación y de reporte al sistema nacional; información sistemática al ministerio
Percepción de comparación entre países	Comunicación centrada en la experiencia; puntajes no públicos
Pérdida de continuidad por falta de recursos	Paquete basado en activos institucionales existentes; obligaciones de mentoría que reducen la carga de la sede

Riesgo	Mitigación
Evidencia insuficiente o no verificable en los expedientes	Formulario con requisitos explícitos por dominio; orientación previa en las sesiones del Acelerador
Ventana de verificación comprimida por el calendario del piloto	Cierre firme de la convocatoria el 16 de octubre; doble revisión con asignación anticipada de revisores

12. Seguimiento y evaluación

La evaluación del piloto se realiza en función de cuatro elementos:

1. Número y distribución geográfica de las postulaciones admitidas
2. Cambio documentado en los establecimientos postulantes entre la línea de base y el cierre
3. Cumplimiento de las obligaciones de acompañamiento por parte de la cohorte reconocida
4. Adopción de las prácticas documentadas por parte de establecimientos no postulantes.

El cuarto elemento, la adopción por parte de establecimientos que no postularon, es a la vez la razón de ser del programa y el más difícil de medir. El método que se adopta es el banco regional de casos: las fichas de los finalistas se publican indexadas por dominio y por elemento del marco, de manera que un director que busca autonomía eléctrica con presupuesto limitado llega a los casos que resolvieron ese problema. La adopción se estima entonces con tres fuentes, que son las consultas registradas por ficha, una pregunta incorporada a la lista de verificación sobre el uso de casos publicados, y el seguimiento de los establecimientos acompañados por la cohorte. Ninguna de las tres mide la adopción real por sí sola, pero juntas ofrecen una aproximación costo-efectiva.

13. Edición piloto 2026-2027: alistamiento ante El Niño

13.1. Anclaje

La edición piloto se desarrolla en el marco del **Acelerador Regional de Alistamiento Operativo en Salud ante El Niño 2026-2027**. El Acelerador aporta la línea de base, los productos prácticos, la audiencia institucional y el calendario. El reconocimiento, a su vez, actúa como incentivo para una participación sostenida en las sesiones restantes del programa.

13.2. Elegibilidad específica

- Establecimiento o red situada en territorio con riesgo asociado a El Niño, según el Análisis de Situación de Salud Pública 2026-2027 o el pronóstico nacional validado.
- **Equipo institucional (nivel estratégico, de gestión y operativo)** inscrito en el Acelerador, con asistencia completa a las sesiones restantes del acelerador

- Primera aplicación de la lista de verificación (IA0) cargada en el expediente, entre el 18 de septiembre y el 16 de octubre de 2026.
- Aval de la autoridad inmediata superior, conforme a la regla general del programa.

El porcentaje de personal que asiste a las sesiones opera como umbral de admisibilidad y no como criterio de calificación, porque refleja el compromiso del establecimiento más que la calidad de su gestión.

13.3. Ajuste de pesos para el piloto 2026-2027

Para esta edición se refuerzan los dominios vinculados a las vías de impacto del ciclo de El Niño: la seguridad de los elementos no estructurales y de las líneas vitales, la continuidad de los servicios y la gestión de las amenazas infecciosas.

Dominio	Peso general	Peso piloto
1. Evaluación estratégica del riesgo	15	10
2. Seguridad	20	20
3. Continuidad de servicios esenciales	20	20
4. Manejo de amenazas infecciosas	10	15
5. Inclusión y poblaciones en situación de vulnerabilidad	15	15
6. Gobernanza, mantenimiento y financiamiento	10	15
7. Transferibilidad	10	5
Total	100	100

13.4. Cronograma

Periodo	Hito
17 de septiembre de 2026	Sesión informativa regional; publicación de bases, formulario de postulación y rúbrica; apertura de la convocatoria
18 de septiembre a 16 de octubre de 2026	Postulación y envío de expedientes, incluida la primera evaluación de alistamiento.
20 de octubre de 2026	Filtro de admisibilidad. Publicación de establecimientos aceptados.
15- 20 de noviembre de 2026	Envío de resultados de avances del alistamiento
21-23 de noviembre de 2026	Verificación documental con revisión independiente

Periodo	Hito
24 de noviembre de 2026	Reunión y Deliberación del comité de selección
26 de noviembre de 2026	Anuncio de la cohorte de cinco finalistas en la sesión de cierre del Acelerador
Diciembre 2026 a marzo 2027	Ejercicio de simulación regional
Mayo 2027	Presentación de evidencia de desempeño durante la temporada
Mayo 2027	Verificación final y deliberación del comité
Junio 2027	Fallo y reconocimiento; anuncio del tema de la edición siguiente

13.5. Productos de la edición

Cinco fichas de caso verificadas e indexadas en el banco regional, una nota técnica regional con aprendizajes agregados sobre el alistamiento ante El Niño y el material de abogacía asociado.

Se agrega un producto que la edición piloto genera sin costo adicional: la serie de pares IA0 e IA1 de todos los postulantes admitidos, que constituye la primera medición regional del cambio en el alistamiento hospitalario ante un ciclo de El Niño y, por sí sola, justifica una publicación.

Referencias

Hernandez, L., Najera Hamrick, P., Camacho-Vasconez, A., Yépez-Castro, P., Pérez-Gutiérrez, E., Ugarte, C., Izquierdo-Condoy, J. S., Alban, D., Ortiz-Prado, E., & Sanchez, J. C. (2026). Continental scale geographic analysis of hospital exposure to natural hazards in the Americas. Scientific Reports, 16, 737. https://doi.org/10.1038/s41598-025-30240-w

Hake, R. R. (1998). Interactive-engagement versus traditional methods: A six-thousand-student survey of mechanics test data for introductory physics courses. American Journal of Physics, 66(1), 64-74. https://doi.org/10.1119/1.18809

Organización Panamericana de la Salud. (2018). Inclusión para la gestión del riesgo de desastres en hospitales (INGRID-H). OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Lista de verificación de alistamiento para la respuesta ante emergencias y desastres en establecimientos de salud con enfoque multiamenaza (v4). OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Malaria Champions, rethinking process. https://www.paho.org/en/malaria-champions-rethinking-process

Organización Panamericana de la Salud. (2023, 3 de noviembre). PAHO announces Malaria Champions of the Americas 2023. https://www.paho.org/en/news/3-11-2023-paho-announces-malaria-champions-americas-2023

Organización Panamericana de la Salud. (2025). Hospitales resilientes: documento interregional de orientaciones para fortalecer la resiliencia de los establecimientos de salud ante emergencias y desastres. OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Caja de herramientas: preparación de los países para emergencias de salud y desastres. Recuperado el 15 de septiembre de 2026, de https://www.paho.org/es/emergencias-salud/preparacion-paises-para-emergencias-salud-rsi/caja-herramientas-preparacion

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2026). Análisis de la situación de salud pública: El Niño en las Américas, 2026-2027. OPS/OMS.

United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (s.f.). Resilience Hub. Making Cities Resilient 2030. Recuperado el 26 de agosto de 2026, de https://mcr2030.undrr.org/resilience-hub

World Health Organization & Pan American Health Organization. (2019). Hospital safety index: Guide for evaluators (2.ª ed.). PAHO.