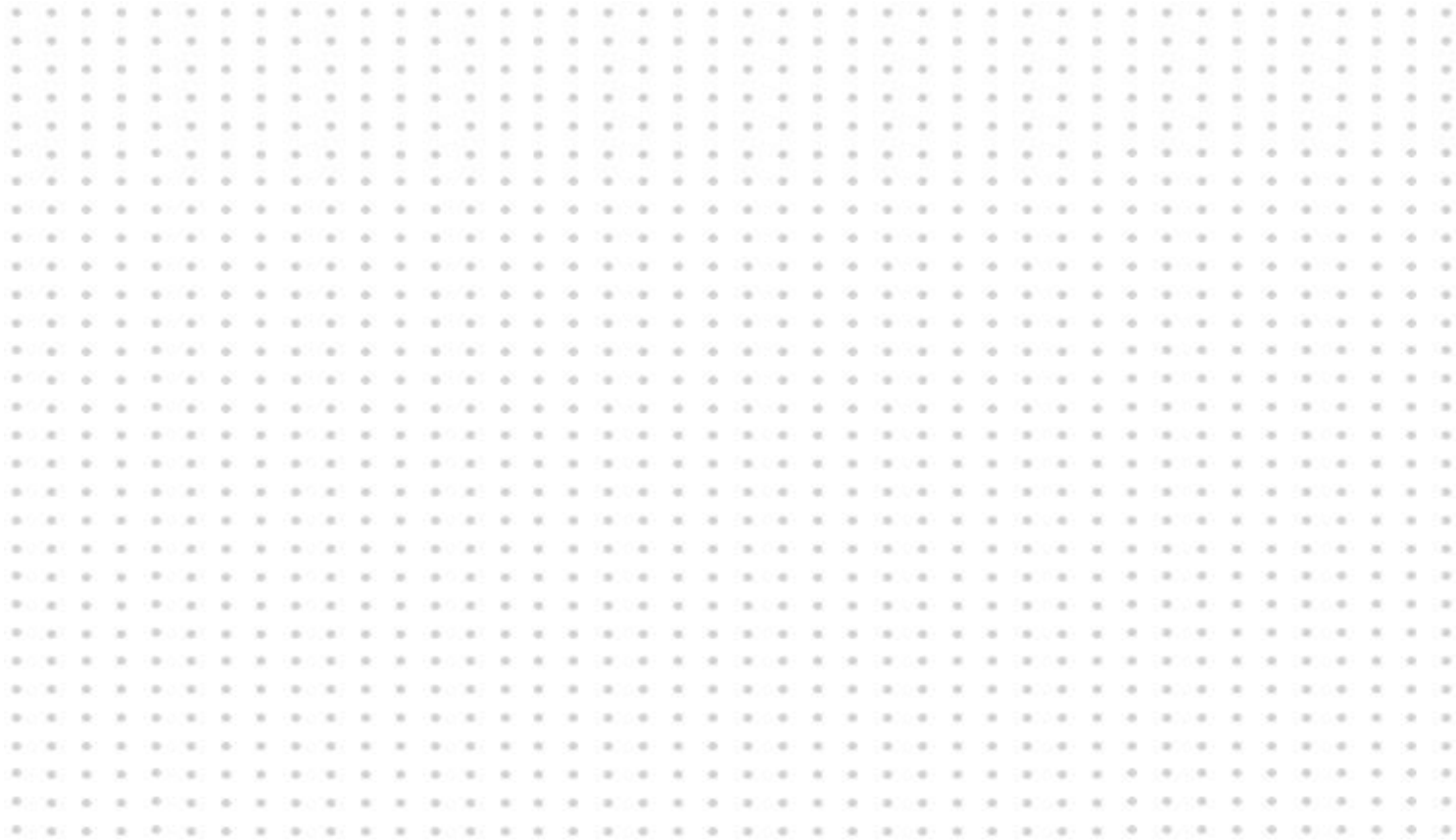




ORIENTACIONES TECNICAS
PROGRAMA DE CUIDADOS COMUNITARIOS EN
ATENCION PRIMARIA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES



Jefatura División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales

Dra. Carmen Aravena Cerda

Editores

Ricardo Hernández Fonfav	DIVAP- MINSAL
Alison Morales San Martín	DIVAP- MINSAL
María José Romero Rebolledo	DIVAP- MINSAL

Colaboradores

Miriam Acevedo Cordova	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Macarena Aedo N.	Servicio de Salud Bío Bío
Félix Arévalo Reyes	Servicio de Salud O´Higgins
Natalia Bravo Araya	Servicio de Salud Tarapacá
Alexandra Corail Salinas	Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota
Luis García Gutiérrez	Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
Rómulo González Casanova	Servicio de Salud del Maule
Sebastián Moller Zamorano	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Edith Muñoz Pérez	Servicio de Salud Magallanes
Verónica Olate Morales	Servicio de Salud Araucanía Sur
María Paz Palacios Ortiz	Servicio de Salud O´Higgins
José Silva González	Servicio de Salud Tarapacá
Bernardita Palma Valero	Servicio de Salud Concepción
Gabriel Velastegui Monsalve	Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
Evelyn Villegas Sepúlveda	Servicio de Salud Ñuble
Pricilia Yagode González	Servicio de Salud Aysen



Contenido

I. ANTECEDENTES 4

II. OBJETIVO..... 4

III. PROPOSITO..... 5

IV. COMPONENTES:..... 5

V. ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE INTERVENCIÓN..... 6

VI. INDICADORES..... 7

VII. CONVOCATORIA Y DIFUSIÓN 8

VIII. PROCESO DE PRESENTACION DE INICIATIVAS 9

IX. CRITERIOS DE EVALUACION 12

X. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS 13

ANEXO N° 1..... 17

ANEXO N° 2..... 18

ANEXO N° 3..... 22

ANEXO N° 4..... 23

ANEXO N° 5..... 25

ANEXO N° 6..... 26

ANEXO N° 7..... 26

I. ANTECEDENTES

En Chile el Modelo de Atención de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario, involucra un acceso al cuidado y promoción de la salud integral, continua y resolutive a lo largo del curso de vida, con equipos de salud responsables del acompañamiento a las familias y comunidades en la red asistencial. Su implementación ha sido un desafío organizacional, programático y de gestión, orientado a poner en el centro del sistema de salud el rol de la Atención Primaria; sustentado en la evidencia que a nivel internacional existe acerca de la necesidad e importancia de este viraje, pues las acciones son más costo-efectivas, integrales, e involucran respuestas sociales a los problemas de salud, con participación de la comunidad y acciones intersectoriales que apunten al origen de ellos considerando los determinantes sociales de la salud.

Dentro de los ejes del modelo de atención integral, la participación, promoción y prevención de la salud, son funciones y estrategias esenciales de salud pública y forman parte de las bases de la atención primaria de salud. Su desarrollo se materializa en la eficiencia con que se reduce la carga de morbilidad, mitigando el impacto social y económico de las enfermedades¹. La participación ciudadana constituye un proceso político y social que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes sociales de la salud y, en consecuencia, mejorar los sistemas de gobernanza local en salud mediante el trabajo colaborativo entre las instituciones y las comunidades locales.²

En esa perspectiva, la participación forma parte esencial de la obligación del Estado para promover y asegurar la participación de la ciudadanía en la administración pública.³ En el caso del Ministerio de Salud se dispone de una norma general de participación ciudadana que la define como “la capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud ya sea en el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso de inversión de recursos públicos”.⁴

El desafío de los equipos de salud y de la misma comunidad se orienta a enfocarse en los procesos de salud y bienestar integral a partir de un enfoque salutogénico resaltando los recursos del territorio para los cuidados de salud de las personas y comunidades, especialmente identificando los activos comunitarios que pueden contribuir a un cambio en la percepción de la necesidad de incluir la recomendación social como herramienta para abordar lo promocional y preventivo en la experiencia de atención de salud. Desde esa perspectiva, resulta fundamental que las iniciativas de cuidados comunitarios sean el resultado de un trabajo integrado y de colaboración entre la comunidad y el equipo de salud, teniendo como objetivo fortalecer el Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, especialmente aportando al desarrollo del componente comunitario de éste.

II. OBJETIVO

Contribuir a los cuidados comunitarios de la salud de las personas y familias en los ámbitos de promoción, prevención y rehabilitación, mediante el financiamiento de iniciativas comunitarias que adicionen valor al trabajo de los equipos de salud e incrementen la participación de la comunidad sobre la base del enfoque intersectorial y territorial.

¹ Minuta Técnica Promoción de la Salud. División Atención Primaria. Minsal. 2015. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1_PROMOCION-DE-SALUD.pdf

² https://www.obsaludasturias.com/obsa/wpcontent/uploads/Guia_salud_comunitaria_2016.pdf

³ Ley 20.500 sobre Asociación y Participación Ciudadana en la Gestión Pública.

⁴ Norma de Participación Minsal. Resolución Exenta N° 31 de 19 de enero de 2015.



III. PROPOSITO

Fortalecer la participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud (APS) a través de la implementación de iniciativas que resulten beneficiosas para la promoción y fortalecimiento de los cuidados comunitarios de su salud en el contexto del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), con énfasis en el trabajo intersectorial y territorial basado en la intervención de determinantes sociales de la salud.

IV. COMPONENTES:

Vale destacar que, los componentes del programa deben responder a las necesidades objetivadas en el “diagnóstico de salud comunitario” y/o enmarcarse en el “plan de trabajo de salud comunitaria” que realizan realizar los establecimientos de APS en el marco del MAIS. De este modo, los componentes son los siguientes:

Nombre Componente	Descripción
Educación y capacitación comunitaria	Proceso de educación orientado a líderes/as y dirigentes/as de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil vinculados a los establecimientos de salud destinado a la transferencia de metodologías y técnicas básicas para la formulación y gestión de iniciativas de cuidados comunitarios.
Fondo concursable	Proceso de evaluación y selección de iniciativas de cuidados comunitarios presentadas por las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil por parte de panel evaluador constituido en el Servicio de Salud por representantes de la comunidad y de la red asistencial de salud. Proceso de postulación a fondo se encuentra definido en la Orientaciones Técnicas del Programa.
Jornada de Intercambio de Experiencias	Jornada de presentación de aprendizajes por parte de las organizaciones comunitarias y equipos de APS a partir de las iniciativas ejecutadas. Incluye sistematización escrita o sistematización audiovisual de las iniciativas seleccionadas para su difusión entre los Servicios de Salud del país y con la comunidad en el territorio.

La asignación de recursos se hará sobre la base de las propuestas e iniciativas que presenten los Municipios y que hayan sido seleccionadas por Panel Evaluador constituido para ese efecto en el Servicio de Salud respectivo según pauta de evaluación proporcionada por el Ministerio de Salud a través de la División de Atención Primaria (DIVAP). Esta disposición técnica y otras vinculadas a la ejecución del PRAPS será normada mediante de Orientaciones Técnicas que serán entregadas a los Servicios de Salud.

Los recursos financieros del PRAPS destinados al financiamiento de las iniciativas de cuidados comunitarios de la salud en APS se dividirán en 3 (tres) tipos de fondos concursables según resolución de distribución de recursos conforme a subtítulo 22 y subtítulo 24 respectivamente. En base a lo precedente, se elaborará Orientación Técnica del PRAPS que definirá la asignación de la cantidad de iniciativas que serán financiadas por los Servicios de Salud para establecimientos de APS y Establecimientos dependientes.

Tipo de Fondo	Monto máximo a asignar	Requisitos que debe cumplir la iniciativa comunitaria
A	\$18.000.000	Debe involucrar a toda la población de la comuna, priorizándose de manera especial, a aquellas comunas que no se hayan adjudicado recursos en versiones anteriores del PRAPS y que se encuentren categorizadas preliminarmente como zonas de desarrollo según estudio realizado por la Subsecretaría de Desarrollo Regional (Subdere) ⁵ , según Decreto N° 90 del Ministerio del Interior y Seguridad Pública que Aprueba el reglamento que fija la política nacional sobre zonas rezagadas en materia social ⁶ .
B	\$6.000.000	Debe involucrar a la población inscrita a un Centro de Salud Familiar, Hospital Comunitario, Centro Comunitario de Salud u otro dispositivo, excluyendo las Postas de Salud Rural (PSR).
C	\$3.000.000	La iniciativa involucra a la población y comunidad adscrita a una Posta de Salud Rural (PSR), Estaciones Médicos Rurales (EMR) u otro dispositivo de atención con dependencia de un establecimiento de salud.

V. **ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE INTERVENCIÓN.**

El Programa de Cuidados Comunitarios es una estrategia que contribuye a la profundización del Modelo de Atención en Salud mediante el financiamiento de acciones, estrategias y actividades que, coordinadas y articuladas entre los equipos de salud, las organizaciones y las comunidades locales, fomenten la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las personas y familias en su territorio.

El Programa aborda diversas líneas estratégicas de financiamiento de iniciativas promovidas por las organizaciones comunitarias vinculadas⁷ a los establecimientos de salud en Atención Primaria. Estas iniciativas deben ser el resultado del trabajo colaborativo entre comunidad y equipos de salud, enfocadas en fortalecer acciones y actividades de cuidados de la población arraigadas en los activos comunitarios que actúan como un factor protector de su salud basadas en el trabajo territorial e intersectorial de las instituciones dedicadas a la intervención de inequidades en la salud.

Como marco orientador complementario, basado en el enfoque de curso de vida, las organizaciones vinculadas a los establecimientos de salud deberán postular iniciativas de cuidados comunitarios considerando alguna o varias de las siguientes líneas de intervención técnica.

Líneas de Intervención

Líneas de intervención
Trabajo intersectorial para abordaje de vulnerabilidades y desigualdades sociales que influyen en las condiciones de equidad en la salud la comunidad.
Intervenciones sociosanitarias en el manejo y autocuidado de la salud de personas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles, con foco en los objetivos y alcances de la iniciativa HEARTS (MINSAL-OPS).
Promoción de Estilos de Vida Saludables en las comunidades locales, enfocándose en iniciativas que incluyan intervenciones sociosanitarias basadas en situación epidemiológica específica con énfasis en enfoque de curso de vida.

⁵http://territoriosdeconvergencia.subdere.gov.cl/files/doc_zonas_rezagadas/Informe%20de%20comunas%20susceptibles%2028092023.pdf

⁶ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1195635>

⁷ Independiente de que la organización comunitaria cuente con personalidad jurídica, si ha estado participando en acciones de los establecimientos de salud puede ser beneficiaria del programa.

Fortalecimiento de instancias y mecanismos de participación social que se orienten a mejorar la experiencia usuaria de las personas y organizaciones en el acceso a la atención en salud, involucrando activamente a la comunidad en el diseño, ejecución y evaluación del proceso.
Estrategias que potencien la prevención y promoción de la Salud Mental en las personas y comunidad basadas en un concepto de bienestar integral que incluyan la participación de organismo públicos y privados.
Iniciativas de protección del medio ambiente y de entorno saludables para las personas y comunidades a través de educación social e intervenciones para la prevención y control de enfermedades zoonóticas.
Estrategias de cooperación y educación en salud entre las comunidades indígenas y los equipos APS destinadas a intervenir condiciones de salud específicas en las localidades.
Gestión participativa entre comunidades y equipos de salud destinadas a fortalecer la gestión de emergencias y desastres con las personas.
Estrategias y/o iniciativas comunitarias contenidas en los Planes de Participación Social de los Establecimientos de Salud en el marco del MAIS y de la Estrategia de Cuidados Integrales Centradas en las Personas (ECICEP).
Iniciativas de educación destinadas al fortalecimiento de habilidades y competencias en la comunidad para avanzar en procesos de gestión participativos en la red asistencial de salud.
Estrategias de Cuidados Comunitarios en salud para cuidadores y personas en situación de discapacidad en la comunidad.
Iniciativas que fomenten estrategias destinadas a potenciar la humanización del trato entre la comunidad y los funcionarios(as) de los establecimientos de salud, incluyendo campañas de educación en la comunidad orientadas a eliminar conductas y comportamiento violentos que afecten la atención en salud.
Iniciativas que desde la perspectiva de género entreguen herramientas para la participación social de mujeres y diversidades sexogenéricas.

VI. **INDICADORES.**

7.1 Indicadores de Propósito:

Nombre del indicador	Formula de cálculo
Porcentaje de comunas elaboran participativamente con las organizaciones sociales iniciativas comunitarias de cuidados de la salud en el marco del MAIS.	(Número de comunas del país que formulan iniciativas comunitarias de cuidados de la salud participativamente en el marco del MAIS en el período t/N° total de comunas) X 100.
Porcentaje de comunas que implementan instancias de coordinación y trabajo intersectorial destinadas a fortalecer intervenciones sociosanitarias en Postas de Salud de Rural.	(Número de comunas que implementan instancias de coordinación y trabajo intersectorial en las Postas de Salud Rural en el período t/N° total de comunas con PSR) X 100

7.2 Indicadores Complementarios (por componente):

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR	FORMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACION
Educación y capacitación comunitaria	Fortalecer competencias en líderes y dirigentes de la comunidad para la formulación de iniciativas	Porcentaje de dirigentes capacitados en formulación y gestión de iniciativas de cuidados	(Número de dirigentes capacitados elaboran, al menos, una iniciativa de cuidados comunitarios de la salud /	100%	35%	-Registro de asistencia -Reporte técnico. -Rem A 19B sección B

	comunitarias de salud.	comunitarios de la salud.	Número de dirigentes que participan de la capacitación) X100.			
Fondo Concursable	Ejecutar iniciativas presentadas por las organizaciones sociales y de la sociedad civil de cuidados comunitarios de la salud que cumplen con disposiciones técnicas del Minsal.	Porcentaje de comunas que ejecutan iniciativas ciudadanas de Cuidados Comunitarios de salud.	(Número de comunas que ejecutan, al menos, 1 iniciativa ciudadana de cuidados comunitarios en salud en el periodo t / Número total de comunas del país) X100	100%	35%	-Acta Constitución de Panel Evaluador de iniciativas con resolución. -Acta de selección de iniciativas seleccionadas por panel evaluador -Ingreso de Convenios y resoluciones a plataforma financiera de APS.
Jornadas de intercambio de experiencias	Fortalecer el intercambio de experiencias y aprendizajes locales en cuidados comunitarios de la salud	Porcentaje de servicios de salud que ejecutan jornadas de intercambios de experiencias y aprendizajes en cuidados comunitarios de salud.	(Número de servicios de salud que ejecutan al menos 1 jornada de intercambio de experiencias y aprendizajes en cuidados comunitarios de salud en el periodo t / Número total de servicios de salud) X100	100%	30%	-Registro de asistencia -Informe de Sistematización de iniciativas comunitarias. -REM A19B sección B.

VII. CONVOCATORIA Y DIFUSIÓN

La convocatoria la realizará cada Servicio de Salud mediante los medios de información y comunicación usuales con los establecimientos y equipos de APS, proceso que deberá ser formalizado mediante el envío oficial de la convocatoria a los municipios y establecimientos de salud. Esta medida se complementará con una presentación formal que deberá realizarse al Consejo de la Sociedad Civil del Servicio de Salud.

Las iniciativas de cuidados comunitario en salud serán elaboradas en conjunto entre las organizaciones sociales u otras organizaciones de la sociedad civil y los establecimientos de salud contemplados en este Programa.

Posteriormente, será el municipio quién envíe y presente las iniciativas al Servicio de Salud correspondiente. Es fundamental que en proceso de elaboración de las iniciativas por la comunidad se encuadren en los objetivos y alcances del Modelo de Atención Integral en Salud.



Los Servicios de salud deben cautelar la realización de un proceso de capacitación y formación para la ciudadanía y comunidades locales, a través de los encargados de participación local. Estas capacitaciones deben formar parte del “plan de trabajo de salud comunitaria”, y deben registrarse de manera adecuada en el REM 19 a y b según corresponda.

Para la formulación de las iniciativas se deberá obligatoriamente utilizar formato tipo proporcionado por la División de Atención Primaria de Salud (DIVAP), incluidas como anexos en estas orientaciones técnicas. Los Servicios de Salud, atendiendo estas orientaciones técnicas, deberán cautelar la realización de un proceso de capacitación y formación para la ciudadanía y comunidades locales a fin de colaborar en la gestión participativa del proceso de elaboración de las iniciativas.

Se debe considerar que, toda iniciativa debe considerar al menos una de las líneas de intervención. De este modo, la sola compra de un insumo o la sola habilitación material de algo, no constituye una iniciativa, si no va acompañada del abordaje de una línea de intervención.

Las organizaciones que resultasen seleccionadas con financiamiento para la ejecución de las iniciativas de cuidados comunitarios de la salud, deberán expresar y dar a conocer públicamente a los beneficiarios(as), que éste ha sido financiado por el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Para dicha acción, es obligación considerar dentro del presupuesto de las iniciativas el material de difusión con los logos institucionales de los patrocinadores, tales como pendones y/o volantes; y todo material gráfico que se utilice durante y en la iniciativa. Además, se requerirá como medio de prueba, un informe fotográfico y/o video que corrobore esta exigencia, mediante la utilización de la gráfica institucional, la cual se encuentra disponible para su descarga en <http://kitdigital.gob.cl/>.

VIII. PROCESO DE PRESENTACION DE INICIATIVAS

Requerimientos para postulación.

1. La iniciativa comunitaria debe ser elaborado participativamente entre las organizaciones sociales y el establecimiento de salud de atención Primaria, ya sea CES/CESFAM, Posta de Salud Rural, CECOSF u Hospital Comunitario. Sin embargo, considerando la necesidad de reforzar el trabajo con enfoque salutogénico en las comunidades locales, en el caso de aquellos grupos y colectivos de la comunidad (no constituidos formalmente) que se vinculan con el establecimiento de salud a través de algún programa lo podrán realizar con el respaldo del Director(a) del Establecimiento de Salud.
2. La postulación de la iniciativa debe ir acompañada de una Carta Compromiso entre las organizaciones y las autoridades municipales, según corresponda (ANEXO N° 1).
3. Se debe adjuntar el “formulario de postulación para el financiamiento de la iniciativa al Programa de Cuidados Comunitarios en APS” (ANEXO N° 2).
4. Considerar entre las actividades de la iniciativa, la aplicación de exámenes de medicina preventiva (EMP, EMPAM) o cualquier otra actividad de salud que contribuyan a potenciar la prevención, promoción y trabajo intersectorial, como así también, aquellas que se orienten a la habilitación de competencias y habilidades para la gestión sociosanitarias en el marco del fortalecimiento del MAIS.
5. La ejecución de actividades contenidas en las iniciativas deberán priorizar su implementación en horarios que permitan la participación e involucramiento de la comunidad (70% extramurales) y en establecimiento de salud (30% intramurales).



6. La iniciativa debe considerar una carta Gantt de actividades (mínimo 4 etapas: planificación; ejecución; evaluación; sistematización).
7. Para los efectos de población se considera la validada por FONASA para el año 2024.
8. Incluir solo RRHH temporales (que no impliquen continuidad de contrato, que no superen el 20% del costo total del financiamiento aprobado por panel evaluador del Servicio de Salud).
9. No podrán participar organizaciones con fines de lucro.10. No podrán participar organizaciones, que tengan proyectos sin cerrar financieramente y con antecedentes “por no cumplimiento financieros.”
11. Los establecimientos de salud de atención Primaria, ya sea CES/CESFAM, Posta de Salud Rural, CECOSF u Hospital Comunitario, no podrán participar si aún a las fechas de postulación, se encuentran sin cerrar financieramente las iniciativas comunitarias de años anteriores.

Participantes:

Los establecimientos de atención primaria deben diseñar, presentar y ejecutar las iniciativas en conjunto con organizaciones sociales (funcionales, territoriales y sociedad civil) constituidas de conformidad a las leyes N^{os} 19.418, 19.253 y 20.500, incluyendo aquellas regidas por leyes especiales, registradas como de interés público y que estén desarrollando acciones en beneficio de los usuarios. Sin embargo, considerando la necesidad de reforzar el trabajo con enfoque salutogénico en las comunidades locales, en el caso de aquellos grupos y colectivos de la comunidad (no constituidos formalmente) que se vinculan con el establecimiento de salud a través de algún programa lo podrán realizar con el respaldo del Director del Establecimiento de Salud.

PANEL Y CRITERIOS DE EVALUACION:

PANEL DE EVALUACION:

En cada Servicio de Salud se conformará un panel evaluador que estará presidido y conformado por el Jefe(a) o Director(a) de Atención Primaria del Servicio de Salud o a quien delegue esa función, un representante del Departamento de Participación Ciudadana del mismo Servicio de Salud, un representante de organizaciones comunitarias a nivel del Servicio de Salud según corresponda, un representante de las entidades administradoras de salud municipal, un representante de los gremios de la salud y representante de la SEREMI de salud (Promoción y/o Participación). En el caso de los establecimientos de APS dependientes de los Servicios de Salud, se considerará la participación de a lo menos un director/a de estos establecimientos.

Será responsabilidad del Panel de Evaluación realizar el análisis de admisibilidad, la evaluación y selección de las iniciativas seleccionadas, debiendo para ese efecto, levantar un acta de las iniciativas seleccionadas con sus respectivos puntajes y firmado por el Director(a) de Servicio para ser remitidos a la División de Atención Primaria (DIVAP) del Ministerio de Salud.

Los resultados del proceso de selección deberán ser difundidos a través de las páginas web institucionales, siendo recomendable que finalizada la ejecución de las iniciativas comunitarias sean compartidos los principales resultados para la población mediante distintas vías de comunicación oficial del Servicio de Salud (RRSS institucionales como: Instagram, Facebook, X, TikTok, entre otros).



Para poder sesionar, el panel evaluador debe contar con la representación de al menos el 50%+1 de los miembros que la conforman.

La evaluación considerará los antecedentes presentados en el formulario de postulación (Anexos N°1 y N°2) con lo que se realizará una pre selección, determinándose una nómina de postulaciones que sean admisibles (Anexo N°3).

El Panel Evaluador, como criterios prioritarios de la evaluación, debe tener especial consideración en que se cautele el cumplimiento de las siguientes medidas:

Medidas técnicas:

1. Los recursos solicitados deben ser coherentes con los objetivos, actividades y resultados esperados presentados en el Formulario de Postulación.
2. Las actividades deben promover la participación y fortalecimiento comunitario, por lo que, deben ser planificadas considerando metodologías participativas, estrategias de educación popular, educación para adultos, entre otros.
3. Las actividades deben promover la participación y fortalecimiento comunitario, por lo que se debe asegurar el rol preponderante de las organizaciones sociales en la ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades, dejando respaldo (“evidencias”) de esta participación.
4. Las actividades deben promover la participación y fortalecimiento comunitario, por lo que al menos el 70% de las actividades a realizar deben ser extramurales (fuera del establecimiento de salud).
5. Todas las iniciativas deben incorporar acciones sanitarias tales como: exámenes de medicina preventiva, test de screening, etc., u otras de acuerdo a la propuesta de trabajo presentadas.
6. Las actividades deben promover la participación y fortalecimiento comunitario, por lo que no pueden ir orientadas a la adquisición de equipamientos y/o bienes inventariables para el centro de salud.

Medidas administrativas:

7. Todas las actividades que impliquen gastos deben ser ejecutadas completamente a diciembre 2025.
8. No se puede destinar más del 20% del monto concursado a contratación de recurso humano, teniendo siempre en consideración los principios administrativos de transparencia, probidad y eficiencia en el uso de los recursos financieros.
9. No se financiará recurso humano para la gestión y/o coordinación de las iniciativas.
10. No se puede arrendar inmuebles ni invertir en infraestructura.
11. La compra de recursos operacionales debe ser respaldada y acorde con las actividades planificadas.
12. Si, previa justificación para la implementación de actividades de educación para la salud, se adquirieran bienes inventariables (equipos o equipamiento menor), acorde a las necesidades de la iniciativa y de la comunidad, estos deberán ser debidamente inventariados de acuerdo a normativas locales.
13. Si los bienes serán traspasados a las organizaciones comunitarias, debe existir un acto administrativo que respalde dicho traspaso, acorde a las normativas locales (Comodato).
14. Desde la postulación de la iniciativa se debe coordinar con las unidades de finanzas del Departamento de Salud y/o del municipio, a fin de conocer los requerimientos administrativos y contables que las entidades contraloras internas exigen para la ejecución y rendiciones de todos los gastos asociados al proyecto.

Medidas financieras:

15. Los gastos deben ser adecuadamente respaldados con las actividades que se realizarán (No se consideran actividades las compras o el financiamiento de algo en particular)



- 16. Se sugiere digitalizar todas las boletas y/o facturas que respalden las compras realizadas.
- 17. Se sugiere realizar un registro de las acciones a fin de que estos se puedan consolidar como buenas prácticas, y fomentar la sostenibilidad en el tiempo, más allá de la asignación de recursos extraordinarios.
- 18. El plan de gastos debe ser visado y autorizado por el Servicio de Salud previo a su ejecución.
- 19. Para la rendición técnica, deben considerar los verificadores dispuestos en componentes del programa.
- 20. En caso de reasignación y distribución de recursos por gastos asociados a las actividades reprogramadas, éstas deben ser autorizadas y visadas por el referente técnico del Servicio de Salud, previo informe de solicitud con la justificación pertinente.

Rendición

- a. Como medio verificador, los registros de asistencias deben estar correctamente elaborados, considerando al menos: fecha de la actividad, nombre de la actividad, nombre y firma del responsable de la actividad, nombre completo de los participantes, RUT, organización comunitaria a la que pertenece, firma del participante.
- b. Como medio verificador, las fotografías de las actividades deben ser acompañadas de registro de asistencia. No sirve la fotografía sola.
- c. Como medio verificador de las actividades pueden utilizar, además: Sistematización de conversatorios, diálogos, etc.

IX. CRITERIOS DE EVALUACION

La realización del proceso de evaluación de las iniciativas presentadas se realizará sobre la base de cuatro (4) criterios. Según el logro de cada uno de ellos, el panel deberá otorgar un puntaje entre uno (1) y siete (7), a cada iniciativa presentada.

CRITERIO	DESCRIPCIÓN
Participación de la comunidad	La participación social se comprende como el proceso destinado a fomentar el involucramiento de las personas y comunidades en las decisiones relacionadas con su estado de salud y bienestar. Se puede expresar de múltiples formas en los territorios según características culturales, sociales, religiosas, entre otras. La participación involucra diversos mecanismos de inclusión de la ciudadanía, grupos organizados y sociedad civil en las decisiones públicas vinculadas a sus condiciones de vida. De igual forma, se relaciona con procesos participativos y/o dinámicas sociales relacionadas con formas “espontaneas” en que las personas y comunidades se organizan para enfrentar una problemática de naturaleza colectiva. En el caso de las iniciativas de cuidados comunitarios de la salud, la participación social debe visualizarse como una acción continua y permanente de la comunidad que, vinculada a los establecimientos de salud, manifiesta un claro interés y preocupación por mejorar su situación de salud y de vulnerabilidad social.
Innovación	Se entenderá innovación, como una acción, metodología, técnica o introducción de elementos nuevos, para la solución de problemáticas territoriales y/o comunitarias vinculadas al bienestar de las personas, familias y comunidad en los cuidados de su salud. El principal elemento a evaluar es el tipo de solución que se formula desde la comunidad apartándose de las alternativas institucionales y/o convencionales. Se trata de acciones y estrategias basadas en un enfoque salutogénico con énfasis en la identificación y caracterización de activos comunitarios para la salud. La innovación se puede expresar en iniciativas comunitarias de salud que expresan un

CRITERIO	DESCRIPCIÓN
	acuerdo de cooperación y colaboración entre las comunidades, establecimientos de salud e intersector en el marco de intervenir las determinantes sociales de la salud que afectan el estado de bienestar de la población con una visión de salud pública.
Sostenibilidad	Se refiere a la capacidad que la experiencia perdure en el tiempo y otorgarle continuidad basada en la construcción de alianzas de colaboración con el municipio, con el intersector u otras comunidades locales vinculadas a la promoción de procesos de bienestar integral. Se reconoce su relación con otras iniciativas del intersector contenidas en algunos instrumentos de planificación, como, por ejemplo, el Plan Comunal de Salud. La sostenibilidad de una iniciativa se condiciona al involucramiento de la comunidad y a la capacidad de comprometer respaldo técnico-político con todas las instituciones públicas y privadas vinculadas con el territorio.
Replica/escalabilidad	La experiencia permite la recuperación de aprendizajes valiosos en base a resultados evidenciables (procesos, recursos, herramientas, métodos, entre otros) que pueden expandirse, transferirse, escalar y ser aplicadas, en contextos similares o en contextos distintos con la misma problemática, impactando en el ecosistema social e institucional, relacionados con la equidad y los determinantes sociales de la salud.

El panel evaluador deberá cautelar, como criterio general, que las iniciativas presentadas por la comunidad se orienten en términos transversales a incorporar los siguientes enfoques transversales:

Género: La incorporación del enfoque de género en la salud busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Para lograrlo, se deben considerar las necesidades particulares de mujeres y hombres, así como de personas de la diversidad sexual. La diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas o femeninas originan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud de cada género a lo largo de su ciclo de vida (Orientaciones Programáticas en Red, Minsal, 2022)

Equidad en Salud: Según la OMS, equidad puede ser definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediabiles en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente”. Avanzar hacia la equidad en salud, implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades, evitables en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos. Algunas de las condiciones que generan inequidad en salud son el género y la cultura. (Orientaciones Programáticas en red, Minsal, 2022).

X. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

Establecimientos de Dependencia del Servicio de Salud:

El programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos



para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo con el marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones a los establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

Los recursos serán asignados por la Dirección del Servicio de Salud respectivo de acuerdo con el marco presupuestario definido por la Ley de Presupuesto del año vigente.

La ejecución del subtítulo 22 Bienes y Servicio de Consumo correspondiente al 70% de los gastos para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos, componentes, metas e indicadores señalados en el Programa se realizará desde el momento que se dicte la resolución que asigne los mismos a los establecimientos dependientes, a través del cumplimiento de las instrucciones emanadas por la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda informada en los oficios Circulares N° 8 y 9 de fecha 01 y 28 de Abril de 2020, respectivamente, donde señala que las compras serán realizadas con disponibilidad presupuestaria de acuerdo a la información Financiera del Estado mediante la interoperación con el Sistema de Compras Públicas y el pago se realizará centralizadamente desde la Tesorería General de la República (TGR) vía transferencia a las cuentas corrientes de los proveedores del Estado.

La ejecución del gasto del 30% restante del total de recursos, se realizará a contar del mes de octubre del año correspondiente, del cual se rebajará los recursos correspondientes a la aplicación de la reliquidación que se realice respecto a los resultados de la evaluación, de acuerdo con los indicadores definidos en el programa.

En el caso de que los servicios prestados por el subtítulo 22 se encuentren exceptuados del pago centralizado de la Tesorería General de la República, y sean los Servicios de Salud los que deban realizar dicho pago, deberán emitir un informe adjuntado todos los respaldos necesarios para la transferencia de los recursos.

En la situación del subtítulo 21 la primera cuota correspondiente al 70% se transferirá a la total tramitación de la resolución que asigna los mismos a los establecimientos dependientes y la segunda cuota correspondiente al 30% restante del total de recursos se transferirá a contar del mes de octubre del año correspondiente.

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%

Establecimientos de Dependencia Municipal:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes".

La glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo con la normativa vigente. Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de



objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimiento).

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en dos cuotas: 70% a la total tramitación del acto administrativo respectivo y el 30% restante en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en el punto 7 de este Programa.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298.

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%

Estas transferencias se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

Se podrá incorporar en estos convenios, una cláusula que permita su prórroga automática, siempre que el programa de salud a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo.

Este programa se financiará con recursos contemplados en la ley de presupuestos del sector público del año respectivo.

Distribución de Iniciativas a implementar por Servicio de Salud⁸:

SERVICIO DE SALUD	FONDO A	FONDO B	FONDO C
Arica	1	4	9
Tarapacá	1	8	9
Antofagasta	1	10	8
Atacama	1	9	8
Coquimbo	1	14	23
Valparaíso San Antonio	1	10	19
Viña del Mar - Quillota	1	17	29
Aconcagua	1	9	6
O'Higgins	1	27	23
Maule	1	34	22
Ñuble	1	21	13
Concepción	1	9	14
Talcahuano	1	8	3
Biobío	1	14	11
Arauco	1	5	7

⁸ La distribución de iniciativas del fondo B y C puede ser modificada conforme a realidad de cada red asistencial, a fin de cautelar la participación de todos los establecimientos de salud. Importante: No se pueden modificar la distribución presupuestaria por subtítulos.



Araucanía Norte	1	11	6
Araucanía Sur	1	21	20
Los Ríos	1	12	10
Osorno	1	6	9
Reloncaví	1	11	14
Aysén	0	9	4
Magallanes	1	7	6
Metropolitano Oriente	1	17	3
Metropolitano Central	1	16	3
Metropolitano Sur	1	20	14
Metropolitano Norte	1	13	15
Metropolitano Occidente	1	24	17
Metropolitano Sur Oriente	1	22	7
Chiloé	1	10	6
Totales	28	398	338



ANEXO N° 1⁹

CARTA DE COMPROMISO MUNICIPAL **Programa de Cuidados Comunitarios en la APS**

Por medio de la presente, la I. Municipalidad de _____, se compromete a proporcionar el apoyo técnico necesario a la Iniciativa denominado “_____”, presentada en conjunto por la organización _____ y el Establecimiento de Atención Primaria _____.

Para estos efectos se establece que la contraparte Municipal es _____, quién será el responsable de la coordinación, implementación, correcta ejecución presupuestaria y posterior rendición al Servicio de Salud _____.

En caso que los fondos asignados no logren cubrir la totalidad de la actividad, esta municipalidad se compromete a realizar un aporte adicional para el éxito del proyecto.

Sin otro particular, se despide Atte.

Fecha: _____

Nombre Firma y Timbre

Alcalde/sa.

⁹ En caso de establecimientos con dependencia de Servicios, deberá firmar el Director(a) del establecimiento correspondiente.



ANEXO N° 2
FORMULARIO DE POSTULACIÓN
Programa de Cuidados Comunitarios en la APS

1.- IDENTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN QUE POSTULA LA INICIATIVA:	
NOMBRE	
RUT	
DOMICILIO	
COMUNA	
REGIÓN	
TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO	@ (para ser utilizado como vía oficial de comunicación)
CENTRO DE SALUD	
SERVICIO DE SALUD	

2. Nombre de la Iniciativa
3. Objetivo/s <i>Se refiere al "qué" se quiere hacer y logro que se quiera alcanzar. Los objetivos específicos se refieren al "cómo" se llevará a cabo, relacionados a la temática postulada. Extensión máxima es de 1.500 caracteres.</i>
4. Fundamento de la Iniciativa <i>Se refiere al "por qué" es importante llevar a cabo esta iniciativa. Extensión máxima es de 2.000 caracteres.</i>
5. Descripción de la iniciativa <i>Se refiere a "cuáles" serán las actividades necesarias para la implementación de la iniciativa comunitaria que se postula. Extensión máxima es de 3.000 caracteres.</i>

6. Planificación de las actividades que contempla la iniciativa. Indique las acciones y/o actividades, según meses de calendarización distribuyéndolas en los dos meses de implementación. <i>Agregue tantas filas como sean necesarias para cubrir todas las actividades de su iniciativa.</i>					
Acciones/actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5
7. Resultados esperados con el desarrollo de la iniciativa comunitaria postulada. <i>Extensión máxima 2.000 caracteres.</i>					
8. Descripción del territorio donde se llevará cabo la iniciativa comunitaria postulada. Para estos efectos, Territorio se entenderá como espacios extramurales, distintos al establecimiento de salud. <i>Extensión máxima 1.000 caracteres.</i>					
9. Destinatarios de la iniciativa comunitaria postulada. <i>Se requiere que describa con quiénes y para quiénes se plantea necesario desarrollar esta iniciativa comunitaria. Extensión máxima 2000 caracteres.</i>					
Destinatarios Directos	Nº	Destinatarios Indirectos	Nº		
Descripción:					



13. Equipo de trabajo: Profesionales que ejecutarán la actividad, quienes deben acreditar su experiencia mediante Currículum Vitae Simplificado o inscripción en la Superintendencia de Salud.

N°	Nombre y apellidos	RUT	Rol en el proyecto
1			
2			
3			
4			
5			
6			



ANEXO N° 3

(Ciudad), ____ de (mes) de 20__

NÓMINA DE POSTULANTES Y RESULTADOS DE ADMISIBILIDAD

La nómina de postulantes en virtud del proceso de admisibilidad, respecto del cumplimiento de todos y cada uno de los requisitos establecidos en las bases administrativas, generado por el Servicio de Salud es el siguiente:

Municipalidad	Postulante (Establecimiento APS y Organización Civil)	Nombre de la iniciativa	Fondo al que postula	Cumplimiento de admisibilidad (SI/NO)
Observaciones:				
Observaciones:				
Observaciones:				

*En caso de NO admisibilidad, favor señalar brevemente las observaciones.

NÓMINA DE COMUNAS QUE NO PRESENTARON INICIATIVAS DE CUIDADOS

Municipalidad



ANEXO N° 4
TABLA DE EVALUACIÓN DE ADMISIBILIDAD

Puntuación de ADMISIBILIDAD de las iniciativas de cuidados comunitarios:

1. LINEA DE INTERVENCION (Marca con una X la o las líneas que abarca el proyecto)			
Trabajo intersectorial para abordaje de vulnerabilidades y desigualdades sociales que influyen en las condiciones de equidad en la salud la comunidad.		Intervenciones sociosanitarias en el manejo y autocuidado de la salud de personas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles, con foco en los objetivos y alcances de la iniciativa HEARTS (MINSAL-OPS).	
Promoción de Estilos de Vida Saludables en las comunidades locales, enfocándose en iniciativas que incluyan intervenciones sociosanitarias basadas en situación epidemiológica específica con énfasis en enfoque de curso de vida.		Fortalecimiento de instancias y mecanismos de participación social que se orienten a mejorar la experiencia usuaria de las personas y organizaciones en el acceso a la atención en salud	
Estrategias que potencien la prevención y promoción de la Salud Mental en las personas y comunidad basadas en un concepto de bienestar integral que incluyan la participación de organismo públicos y privados.		Iniciativas de protección del medio ambiente y de entorno saludables para las personas y comunidades a través de educación social e intervenciones para la prevención y control de enfermedades zoonóticas.	
Estrategias de cooperación y educación en salud entre las comunidades indígenas y los equipos APS destinadas a intervenir condiciones de salud específicas en las localidades.		Gestión participativa entre comunidades y equipos de salud destinadas a fortalecer la gestión de emergencias y desastres con las personas.	
Estrategias y/o iniciativas comunitarias contenidas en los Planes de Participación Social de los Establecimientos de Salud en el marco del MAIS y de la Estrategia de Cuidados Integrales Centradas en las Personas (ECICEP).		Iniciativas de educación destinadas al fortalecimiento de habilidades y competencias en la comunidad para avanzar en procesos de gestión participativos en la red asistencial de salud.	
Estrategias de Cuidados Comunitarios en salud para cuidadores y personas en situación de discapacidad en la comunidad.		Iniciativas que fomenten estrategias destinadas a potenciar la humanización del trato entre la comunidad y los funcionarios(as) de los establecimientos de salud, incluyendo campañas de educación en la comunidad orientadas a eliminar conductas y comportamiento violentos que afecten la atención en salud.	
Iniciativas que desde la perspectiva de género entreguen herramientas para la participación social de mujeres y diversidades sexogenéricas.			
CRITERIO		PONDERACION	
1 línea		5 PTS	
Entre 2 y 6 líneas		10 PTS	
7 líneas o más		15 PTS	
TOTAL			



2. N° DE ORGANIZACIONES (Marca con una X la cantidad de organizaciones que participan del proyecto)			
Organizaciones Sociales, Funcionales y Territoriales	CRITERIO	PONDERACION	RESULTADO
	1 a 2 organizaciones	5 PTS	
	Entre 3 y 4 Organizaciones	10 PTS	
	Entre 5 y 6 organizaciones	15 PTS	
	7 y más organizaciones	20 PTS	
TOTAL			

3. Beneficiarios Directos (Marca con una X la cantidad de personas que participan directamente de las acciones del proyecto)			
Personas	CRITERIO	PONDERACION	RESULTADO
	25 a 50	5 PTS	
	51 a 100	10 PTS	
	101 a 250	15 PTS	
	251 y más	20 PTS	
TOTAL			

PUNTAJE ADMISIBILIDAD FINAL

ADMISIBILIDAD	ADMISIBLE		NO ADMISIBLE	
OBSERVACIONES				

IMPORTANTE EL PUNTAJE MINIMO PARA AVANZAR A LA ETAPA DE EVALUACIÓN FINAL SERÁ DE 20 PUNTOS.

FIRMA COMISION DE EVALUACION DE SERVICIO DE SALUD			
Nombre	Institución	Cargo	Firma

Documentación requerida (para resguardo del Servicio de Salud)

Documentación			
1.- Dimensión del Proyecto	SI	NO	OBSERVACIONES
Carta de compromiso (Anexo 1)*			
Registro Organizaciones (Anexo 2)			
Adjunta Personalidad jurídica u otro documento que acredite la existencia formal de la Organización y/o certificado del centro de salud que acredite vínculos de trabajo programas de salud.			



Registro en la Superintendencia de Salud (funcionarios de salud) o CV de quien realiza la actividad			
---	--	--	--

*: solo para establecimientos municipales.

ANEXO N° 5
INFORME DE AVANCE DE ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO

Servicio de Salud						
Comuna (s)						
Organización (es)						
Establecimiento						
Nombre de iniciativa						
Tipo de fondo adjudicado						
Estado Firma de Convenio	SI		NO		N/A	
Lugar donde se realizará la iniciativa						
Fecha de la (s) acciones / actividades						

Cumplimiento de actividades según planificación (punto 6, anexo n°2)

Acciones / actividades	Cumplimiento Mes 1		Cumplimiento Mes 2		Cumplimiento Mes 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Presupuesto

Recursos	Monto (\$)
Adjudicados	
Ejecutados	
Rendidos	

Observaciones



ANEXO N° 6
INFORME FINAL

Servicio de Salud	
Comuna (s)	
Organización (es)	
Establecimiento	
Nombre de la iniciativa	
Lugar y fecha donde se realizó la iniciativa	
Población asistente	
Porcentaje de cumplimiento	

Presupuesto

Recursos	Monto (\$)
Adjudicados	
Ejecutados	
Rendidos	

ANEXO N° 7
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2025

Hitos	Actividades Esenciales	Plazo
Difusión a las comunidades locales	Comunicación y difusión a establecimientos de salud, organizaciones comunitarias y sociedad civil del PRAPS Acompañamiento técnico y comunitario de para promover la participación de experiencias en el PRAPS. - Reunión con equipos técnicos establecimientos de salud. - Difusión de bases técnicas a equipos y organizaciones. - Comunicación de medios y difusión en redes sociales. - Jornada de Capacitación a organizaciones de la sociedad civil.	Ejecutada al 30 de marzo 2025.
Concurso Iniciativas: Presentación y Selección de iniciativas comunitarias de salud en los Servicios de Salud.	Constitución de Panel Evaluador Selección de iniciativas por parte de los Servicios de Salud. Notificación de adjudicación de iniciativas a organizaciones postulantes.	Ejecutada al 30 de abril del 2025.
	Elaboración de convenios y resoluciones por parte de Servicios de Salud. Ingreso de información a plataforma de gestión financiera de APS.	Ejecutada a 30 de mayo del 2025.
	Implementación de las iniciativas de cuidados comunitarios de la salud.	Ejecutado al 31 de noviembre 2025
Jornada de Intercambio de Experiencias en Cuidados Comunitarios de la Salud.	Ejecución de jornada de intercambio de experiencias con comunidades y equipos de APS.	Ejecutada al 31 de diciembre del 2025.
Evaluaciones	Primera evaluación: 30 de abril del 2025.	



	Segunda evaluación: 31 de julio del 2025 (ejecución inferior 40% se realiza reliquidación en el mes de octubre) Tercera evaluación: 31 de diciembre del 2025.	
--	---	--