



Resolución Ministerial

Lima, 07 de MARZO del 2019



Z. TOMAS

Visto, el Expediente N° 19-021953-001, que contiene el Informe N° 064-2019-DIPOS-DGAIN/MINSA, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los numerales 1) y 2) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone que el Ministerio de Salud es competente en salud de las personas y aseguramiento en salud, respectivamente;

Que, el artículo 4 del citado Decreto Legislativo, establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos, entre otros;

Que, mediante la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS), se establece el marco normativo para la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) a nivel nacional;



J. AYO



DIRECCIÓN GENERAL



M. DIAZ DLS.



G. Rosel



R. TAPIA



J. HERRERA C.



Que, la Única Disposición Complementaria Final de la Ley N° 30885, señala que el Poder Ejecutivo aprueba el reglamento de la ley en un plazo no mayor de 60 días hábiles, contados a partir de su entrada en vigencia;



Que, el numeral 3 del artículo 13 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, dispone que los proyectos de reglamento se publican en el portal electrónico respectivo y por no menos de cinco (5) días calendario, para recibir aportes de la ciudadanía, cuando así lo requiera la ley;



Que, a efecto de recibir las sugerencias y comentarios de las entidades públicas y/o privadas, así como de la ciudadanía en general, resulta conveniente publicar el proyecto de Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS), en el portal electrónico del Ministerio de Salud;



Que, mediante Informe N° 093-2019-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;



Con el visado del Director General de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, de la Directora General de la Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias, del Director General de la Dirección General de Operaciones en Salud, del Director General de la Dirección General de Personal de la Salud, del Director General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, del Director General de la Oficina General de Tecnologías de la Información, del Director General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaria General, del Viceministro de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud; y, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por los Decretos Supremos N°s 011-2017-SA y 032-2017-SA;

SE RESUELVE:



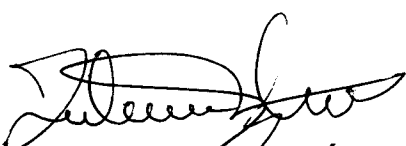
Artículo 1.- Disponer que la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General efectúe la publicación del proyecto de Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) y su proyecto de Exposición de Motivos, así como del proyecto de Decreto Supremo que lo aprobaría, en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en el enlace Documentos en Consulta: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=10>, a efecto de recibir las sugerencias y comentarios de las entidades públicas y/o privadas, y de la ciudadanía en general, por el plazo de siete (07) días calendario, a través del correo electrónico: webmaster@minsa.gob.pe.



Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional la recepción, procesamiento y sistematización de las sugerencias y comentarios que se presenten, así como la elaboración del proyecto final.

Regístrese, comuníquese y publíquese




ELIZABETH ZULEMA TOMÁS GONZÁLES
Ministra de Salud



REGLAMENTO DE LA LEY N° 30885, LEY QUE ESTABLECE LA CONFORMACIÓN Y EL FUNCIONAMIENTO DE LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD - RIS

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Objeto

El presente reglamento tiene por objeto establecer disposiciones para la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) a nivel nacional.

Artículo 2.- Ámbito de Aplicación

El presente reglamento es de aplicación, a nivel nacional, para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) del Ministerio de Salud (MINSA) y de los Gobiernos Regionales (GORE), para las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) y para las unidades de gestión de IPRESS (UGIPRESS), y en lo que corresponda, para las demás entidades públicas e instituciones privadas y mixtas.

Artículo 3.- Definiciones y acrónimos

- a) **Accesibilidad geográfica:** Está referido a la facilidad con la que los usuarios pueden obtener provisión eficiente de servicios de salud en relación con las barreras geográficas propias del territorio, como son las vinculadas directamente con las condiciones espaciales, orográficas, hidrográficas, desiertos, zonas de vegetación, condiciones bioclimáticas, corredores sociales, entre otros.
- b) **Articulación con servicios especializados de salud pública:** Está referido a la coordinación entre las IPRESS con alguna entidad u organismo que brinda servicios de salud pública especializada, empleando distintos mecanismos que promueven la conectividad, la alineación y la colaboración de estos actores a la cadena de servicios de salud disponibles, para lograr una mejor atención a las necesidades de salud pública de la población.
- c) **Cartera de servicios de salud:** Es el conjunto de diferentes prestaciones de servicios de salud individual y de salud pública que brinda un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, según corresponda, basado en sus recursos humanos y recursos tecnológicos que responde a las necesidades de salud de la población, prioridades sanitarias y políticas sanitarias sectoriales.
- d) **Complementariedad:** Es la interacción entre diferentes IPRESS con el objetivo de completar la prestación de servicios de salud de acuerdo a las necesidades de sus usuarios, optimizando la utilización de los recursos que dispone cada una de ellas.
- e) **Conformación de la RIS:** Es el proceso a través del cual la ASR y ASLM conforman las RIS, a través de la estructuración y formalización de las mismas.
- f) **Coordinación de la Atención de Salud:** Está referida a la concertación de esfuerzos en la gestión y organización de los servicios de salud a fin que las personas o usuarios de salud reciban los cuidados de salud por profesionales o trabajadores de salud apropiados, de manera oportuna, con calidad y seguridad desde la comunidad, el hogar con el E.S. puerta de entrada, hospitales o institutos y viceversa.
- g) **Corredores sociales:** Son los espacios geográficos en los que la población habita, realiza sus actividades sociales, productivas, comerciales y busca los servicios.



- h) **Densidad poblacional:** Es el Índice que mide la concentración de la población con respecto al territorio que habita. Este índice se expresa como el número de habitantes que residen en una determinada circunscripción por kilómetro cuadrado.
- i) **Determinantes sociales de la salud:** Son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que impactan en su salud. Se expresan como determinantes estructurales de la salud (socioeconómico, político, ambiental) y como determinantes intermedios de la salud (las condiciones de vida, las condiciones psicosociales, los estilos de vida, el nivel educativo, el sistema de salud, el capital social y la cohesión social).
- j) **Establecimiento de salud puerta de entrada:** Es el establecimiento de salud de hasta 12 horas que forma parte de la RIS, a través del cual la población accede a las prestaciones de servicios de salud de la cartera de servicios de salud de primer contacto, que constituye el punto de entrada al sistema de salud y puede contar con centros de atención periféricos. El E.S. de 24 horas en la RIS también cumplen este rol cuando corresponda. Los hospitales de atención general podrán cumplir este rol cuando en el ámbito territorial no se cuente con ningún E.S. puerta de entrada accesible geográficamente a menos de 2 horas. Ningún hospital de atención especializada o instituto se constituyen en puerta de entrada.
- k) **Equipo Multidisciplinario de Salud:** Es el Equipo de salud constituido por un/a médico/a cirujano/a especialista en medicina de familia o un/a médico/a general, un/a enfermero/a, un/a obstetra y un/a técnico/a o auxiliar asistencial de la salud, el que puede incluir profesionales de la salud de acuerdo a las necesidades de salud de la población del Sector Sanitario de la RIS. En el caso de poblaciones excluidas y dispersas, el EMS se denomina Equipo de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas – (Equipo AISPED). El EMS destaca por su capacidad de escucha al usuario en salud y sensibilidad valorando la diversidad y las necesidades de salud.
- l) **Gestión de recursos:** Es la utilización de los diversos recursos (presupuestales, financieros, tecnológicos, humanos) que dispone una determinada organización (IPRESS, RIS, etc.), que conducen al logro de sus objetivos.
- m) **Gobernanza:** Es la combinación de factores políticos, sociales, económicos e institucionales que afectan el comportamiento de la organización, las personas que la integran e influyen en su desempeño. Las RIS son gobernadas utilizando una combinación de mecanismos establecidos para coordinar acciones conjuntas con actores sociales, de gobierno y sectoriales en el ámbito territorial. La gobernanza debe medirse desde su capacidad para generar resultados que importen a la población.
- n) **Integración de IPRESS:** Es la composición de diversos mecanismos de articulación entre las IPRESS, a través de distintos métodos y modelos que promuevan la conectividad, la alineación y la colaboración entre distintos actores de la cadena de servicios de salud dispuestos para la mejora de la calidad y la creación de ventajas para la institución y para los usuarios. Son modalidades de integración de servicios de salud en las IPRESS: integración real; integración virtual; integración horizontal; integración vertical; integración clínica; integración funcional; integración personal de salud-sistema.
- o) **Integración clínica:** Es la continuidad y coordinación del cuidado del paciente a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema. La



coordinación del cuidado depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones que haga su equipo de salud. La integración clínica incluye la integración horizontal y la vertical.

- p) **Integración funcional:** Es el grado en que las funciones claves de apoyo como gestión financiera, gestión de recursos humanos, gestión de recursos tecnológicos, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas transversalmente en todas las organizaciones que componen la RIS.
- q) **Medicina alternativa y complementaria:** Es la que comprende un conjunto de sistemas, terapias y prácticas de atención de la salud que buscan el bienestar biopsicosocial y espiritual de la persona, su familia y comunidad. Está basada en conocimientos tradicionales y modernos validados con un enfoque holístico.
- r) **Medicina tradicional:** Son prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.
- s) **Pertinencia cultural:** Los servicios públicos con pertinencia cultural son aquellos que incorporan el enfoque intercultural en su gestión y prestación; es decir, que toman en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se interviene y se brinda atención. Tienen las siguientes características: a) Son servicios libres de discriminación: se brinda un trato igualitario y de respeto a todas las personas independientemente de sus características, b) Son servicios bilingües: se brinda atención en la lengua oficial y en la lengua predominante en la zona, y c) Son servicios que incorporan, con respeto, la perspectiva cultural de la población de la zona.
- t) **Población adscrita a la RIS:** Es el conjunto de personas que residen en el ámbito territorial de la RIS, nominalizadas y clasificadas por sus principales características, para la atención de sus necesidades en salud.
- u) **Población asignada a un Establecimiento de salud puerta de entrada:** Es el conjunto de pobladores debidamente nominalizados que residen en el ámbito territorial de la RIS que son asignados a un establecimiento de salud denominado "puerta de entrada".
- v) **Recurso tecnológico en salud:** Es el conjunto de tecnologías en salud (TS) con las que cuenta una IPRESS, entre las que se incluyen tecnologías de protección y promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, equipos y productos farmacéuticos y dispositivos médicos, procedimientos médico-quirúrgicos, sistemas organizacionales, tecnologías de información y comunicación en salud, tecnologías para la atención del ambiente e infraestructura en salud.
- w) **Tamaño poblacional:** Es la cantidad de población que puede ser atendida en los servicios de salud de la RIS.
- x) **Vía integrada de atención:** Es la Herramienta de gestión prestacional de servicios de salud, llamada también ruta clínica o vía clínica, para planificar, coordinar, articular, complementar y evaluar la secuencia de procesos y procedimientos clínicos y de apoyo, necesarios para conseguir la máxima eficacia y eficiencia en el proceso de atención y cuidados de salud. Facilita el cuidado de salud, la atención integrada,



sistemática, coordinada y multidisciplinaria de la persona o usuario de salud, desde la comunidad, y el hogar, con el E.S. puerta de entrada, hospitales o institutos y viceversa.

Acrónimos

AISPED	Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
ASLM	Autoridad Sanitaria de Lima Metropolitana
ASR	Autoridad Sanitaria Regional
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DIRIS	Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana
EMS	Equipo Multidisciplinario de Salud
E.S.	Establecimiento de Salud
ESSALUD	Seguro Social de Salud
GERESA	Gerencia Regional de Salud
GORE	Gobiernos Regionales
HCE	Historia Clínica Electrónica
IAFAS	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MINSA	Ministerio de Salud
MOP	Manual de Operaciones
RIS	Red Integrada de Salud
ROF	Reglamento de Organización y Funciones
SISMED	Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
UGIPRESS	Unidad de Gestión de IPRESS
UTS	Unidad Territorial Sanitaria



TÍTULO II

DEL MODELO, CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD – RIS

CAPÍTULO I

DEL MODELO DE RED INTEGRADA DE SALUD – RIS

Artículo 4.- De la Red integrada de Salud – RIS

Conjunto de organizaciones que presta o hace los arreglos institucionales para prestar un conjunto de diferentes prestaciones de salud que brinda un E.S. y/o servicio médico de apoyo, basado en los recursos humanos y recursos tecnológicos que responden a las necesidades de salud de la población y a las prioridades de políticas sanitarias sectoriales, equitativa e integral, a una población definida, a través de la articulación, coordinación, cooperación y complementación, y que rinden cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y el estado de salud de la población a la que sirven.

Artículo 5.- De la articulación de la Red Integrada de Salud – RIS

La RIS en su ámbito territorial se articula con los diferentes actores sociales, sectores, sociedad civil, instituciones, órganos de gobierno nacional, regional y local para el abordaje sobre los determinantes sociales de la salud.

Artículo 6.- Dimensiones y atributos del modelo RIS

El modelo contempla a la RIS como un componente fundamental del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y desarrolla sus acciones basados fundamentalmente en la estrategia de atención primaria de salud. La RIS se conforma y organiza teniendo en cuenta cuatro dimensiones, cada una de las cuales contiene atributos básicos para su operación o funcionamiento.

Las dimensiones y atributos son los siguientes:

1. Gestión

La RIS articula los procesos estratégicos y de soporte para el logro de sus resultados institucionales, relacionados con las intervenciones individuales y de salud pública que incorporan la pertinencia cultural en un ámbito territorial. Cuenta con los siguientes atributos:

- Gestión orientada a resultados.
- Gestión del acceso a la RIS.
- Gestión del Plan de Salud de la RIS.
- Gestión de recursos humanos.
- Gestión de recursos tecnológicos en salud.
- Gestión de sistemas de información.
- Gestión de sistemas administrativos y logísticos.
- Gestión del Riesgo

2. Prestación

La RIS brinda servicios de salud articulados, integrados, accesibles, equitativos, eficientes, continuos, de calidad y con seguridad, que incorporan la pertinencia cultural y el respeto a los derechos de los usuarios en su ámbito territorial. Para ello, la RIS se organiza según las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, basándose principalmente en la estrategia de atención primaria de salud: primer contacto, longitudinalidad, integralidad y continuidad/coordinación. Para ello debe implementar progresivamente los siguientes atributos:

- Población y territorio.
- Foco de cuidado centrado en la persona, familia y comunidad.
- E.S. en la RIS como puerta de entrada al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Oferta de servicios de salud.
- Organización e integración clínica asistencial.
- Calidad y seguridad.



3. Financiamiento

La RIS brinda servicios de salud sostenibles y adecuados, basados en los recursos presupuestales asignados. Deben ser gestionados con equidad, flexibilidad y con alineamiento a objetivos y resultados. Deben incorporar mecanismos de pagos que favorezcan la integración de IPRESS, incentivos por resultados y rendición de cuentas. Para ello debe implementar progresivamente los siguientes atributos:

- Optimización del financiamiento.

- Alineado con objetivos y resultados.
- Intercambio prestacional en salud.
- Incentivos por resultados.

4. Gobernanza en Salud

La ASN, ASR y la RIS generan una serie de factores (principios, valores, normas que soportan la RIS, estructuras, criterios para asignar recursos, flujos de información) que tendrán la capacidad de influir en el desempeño de la RIS y sobre los cuales se soportan los directivos de la RIS para alcanzar sus resultados mandatorios. Para ello debe implementar progresivamente los siguientes atributos:

- Empoderamiento de directores y funcionarios de la RIS.
- Rendición de cuentas sobre responsabilidades asumidas por la RIS.
- Gestión del conocimiento
- Alineamiento de sus integrantes con los objetivos de la RIS.
- Mejora del desempeño institucional de la RIS.
- Articulación intersectorial e intergubernamental.
- Participación ciudadana amplia.

CAPÍTULO II

DE LA CONFORMACIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD – RIS

Artículo 7.- Etapas de la Conformación de la RIS

Las etapas para la conformación de la RIS son:

7.1 Etapa I: Definición de Política y Marco Normativo

El MINSA formula, planea, dirige, coordina, ejecuta, supervisa y evalúa la Política Sectorial de RIS, y aprueba el marco normativo necesario. Asimismo, realiza abogacía para la sensibilización de la ASR y ASLM para que conformen el Equipo Impulsor de las RIS.

7.2 Etapa II: Conformación de las RIS públicas a cargo del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales

El MINSA y los GORE estructuran las RIS con IPRESS bajo su administración, en un ámbito territorial definido. Esta etapa culmina con la formalización de las RIS, y la elaboración de su Plan de Salud y documentos de gestión institucional.

En esta etapa se inician acciones de optimización de los recursos disponibles con intervenciones rápidas de inversión, a través de las Inversiones de Optimización, de Ampliación Marginal, de Reposición y de Rehabilitación (IOARR) orientadas a mejorar el desempeño en materia de prestación de servicios de salud y de gestión administrativa.

7.3 Etapa III: Desarrollo de las RIS públicas a cargo del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales

El Órgano de Gestión de las RIS formula, aprueba y ejecuta proyectos de inversión pública para hacerlas funcionar en red; así como, planes de desarrollo de recursos humanos para el cierre de brechas de manera progresiva, sistemática y ordenada, a través de actividades de capacitación, docencia e investigación en servicio.



7.4 Etapa IV: Integración Funcional de otras IPRESS públicas, privadas o mixtas a las RIS públicas a cargo del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales

Las RIS públicas a cargo del MINSA y GORE pueden incorporar otras IPRESS públicas, privadas o mixtas para lo cual ejecutan un plan de homologación de servicios y de gerencia, según lineamientos y parámetros establecidos por el MINSA, concluyendo con la suscripción de convenios o contratos de acuerdo al marco legal vigente.

Artículo 8.- De la conformación de RIS

Para la conformación de las RIS, el MINSA y los GORE realizan lo siguiente:

- 8.1 La delimitación territorial, la definición de las unidades territoriales sanitarias, la definición de población y la composición de IPRESS que la conforman.
- 8.2 La articulación, coordinación y complementación de la cartera de servicios de salud entre las IPRESS del ámbito territorial para la continuidad de la atención.

Artículo 9.- De las fases de conformación de RIS públicas a cargo del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales

Las fases de la conformación de las RIS en los ámbitos territoriales a cargo del MINSA y GORE Regionales comprenden:

- 9.1 **Fase de estructuración de las RIS**, es el inicio de la conformación de la RIS, realizada de manera participativa entre la ASR o ASLM, jefes de E.S., directores de hospitales de atención general y de atención especializada y jefes de centros de salud mental comunitario del ámbito territorial determinado, para lo cual cuentan con la asistencia técnica de la ASN.

Para la estructuración de las RIS se utilizará el Anexo N° 01 "Criterio referenciales para definir las Unidades Territoriales Sanitarias en las RIS" y la aplicación informática Geoespacial de las Redes Integradas de Salud – Geo RIS.

- 9.2 **Fase de formalización de la RIS**, corresponde a la legalización y legitimación de la RIS estructurada.

Artículo 10.- De la estructuración de las RIS.

Para estructurar una RIS en un ámbito territorial determinado por la ASR o ASLM, el MINSA pone a disposición las siguientes herramientas:

- a) Definición de las unidades territoriales sanitarias.
- b) Determinación de la línea de base de la integración de la red existente.

Artículo 11.- De la conformación de las RIS públicas

Las RIS públicas pueden estar conformadas por:

- a) E.S. con atención ambulatoria de hasta 12 horas.
- b) E.S. con atención ambulatoria de hasta 12 horas y E.S. con atención ambulatoria y urgencias de 24 horas.
- c) E.S. con atención ambulatoria de hasta 12 horas, E.S. con atención ambulatoria y urgencias de 24 horas y uno o más hospitales de atención general o especializada.



- d) E.S. con atención ambulatoria de hasta 12 horas, E.S. con atención ambulatoria y urgencias de 24 horas, uno o más hospitales de atención general o especializada y servicios médicos de apoyo, los cuales pueden tener un ámbito de influencia que trasciende a la RIS.
- e) Otras de acuerdo a la realidad nacional.

Artículo 12.- De los criterios para establecer población y ámbito territorial

La definición del ámbito territorial y la población de una RIS se realiza en base a los siguientes criterios:

- 12.1. **Tamaño poblacional:** Se aplica considerando el tamaño de la población que puede ser atendida, de acuerdo con la capacidad resolutive de los E.S., y respecto a sus necesidades de salud, en condiciones de eficiencia y efectividad.
- 12.2. **Densidad poblacional:** Se aplica considerando que la RIS tendrá una mayor extensión de su ámbito territorial, cuando la densidad poblacional es baja; y la RIS tendrá una menor extensión de ámbito territorial cuando exista una alta densidad poblacional.
- 12.3. **Accesibilidad geográfica:** Se aplica considerando los corredores sociales y las vías de comunicación que los usuarios de los servicios de salud utilizan cotidianamente para su desplazamiento, en función de barreras de distancia física o tiempo de viaje.
- 12.4. **Capacidad resolutive:** Se aplica considerando la amplitud de la cobertura de prestaciones a través de la cartera de servicios de salud ofertada, en relación con la necesidad de salud de la población.
- 12.5. **Relación con organizaciones territoriales del Estado:** Se aplica considerando que los territorios sanitarios coincidan preferentemente con una circunscripción política administrativa, como centro poblado, distrito, provincia o región, según corresponda al tamaño poblacional.

La aplicación de estos criterios se concuerda en el ámbito territorial con actores clave.

Artículo 13.- Del ámbito territorial y la delimitación de las unidades territoriales sanitarias

En base a los criterios definidos en el artículo precedente, el ámbito territorial se organiza en las siguientes unidades territoriales sanitarias (UTS):

- 13.1. **Sector sanitario:** Corresponde a una unidad territorial sanitaria mínima con población asignada, definida con el propósito de cuidar, proteger y mantener la salud de la población que vive en ese espacio territorial, de acuerdo con sus características sociales, demográficas, culturales y epidemiológicas.

Uno o más sectores sanitarios de una RIS puede pertenecer a otra unidad político-administrativa distinta a la que alberga la sede de la RIS (otro distrito, provincia o departamento). Para estos casos, el Órgano de Gestión de las RIS comunica a la IAFAS respectiva, a fin que disponga la nueva adscripción.

- 13.2. **Zona sanitaria:** Comprende dos o más sectores sanitarios, incluyendo la población de los sectores sanitarios que la conforman.



- 13.3. **Área sanitaria:** Comprende un conjunto de zonas sanitarias. Esta unidad territorial sanitaria es el ámbito territorial de la RIS.
- 13.4. **Región sanitaria:** Comprende una o más áreas sanitarias. Esta unidad territorial sanitaria puede o no corresponder a una circunscripción territorial del sistema político administrativo del GORE. En Lima Metropolitana esta unidad territorial sanitaria corresponde al ámbito de una DIRIS.
- 13.5. **Macro región sanitaria:** Comprende dos o más regiones sanitarias, pudiendo corresponder a mancomunidades regionales.

Artículo 14.- De la población

- 14.1 La población de la RIS se agrupa por sectores sanitarios, de acuerdo a los criterios técnicos establecidos en el Anexo N° 01 del presente reglamento, proceso denominado sectorización, el cual es independiente de la afiliación a una IAFAS.
- 14.2 La población del área sanitaria es la que se adscribe a la RIS correspondiente, proceso denominado adscripción a la RIS.
- 14.3 La población se encuentra nominalizada por cada sector sanitario y el padrón nominal se actualiza mensualmente.
- 14.4 El E.S. utiliza las fichas familiares para identificar los riesgos individuales, familiares y comunitarios.
- 14.5 La historia clínica contenida en la carpeta familiar tiene un código único para su ubicación con el número del Documento Nacional de Identidad (DNI).
- 14.6 Las IAFAS informa mensualmente a SUSALUD sobre la afiliación y desafiliación de sus asegurados por sector sanitario. Dicha información será cargada al sistema informático puesto a disposición por el MINSA.
- 14.7 Las IAFAS debe actualizar mensualmente su padrón nominal y documentación pertinente para garantizar la atención de sus asegurados en las IPRESS de la RIS.
- 14.8 La población que se incorpore por primera vez en el ámbito de una RIS por cambio de domicilio o por ámbito laboral, debe comunicar dicha situación al E.S. más cercano a su domicilio para su adscripción a la RIS.



Artículo 15.- De la formalización de las RIS estructurada.

Una vez estructurada la RIS, se inicia la fase de formalización, para lo cual se consideran las siguientes acciones:

- a) Elaboración de los documentos de gestión institucional de acuerdo con la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, al amparo del Decreto Supremo N° 123-2018-PCM, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública, del Decreto Supremo N° 054-2018-PCM, Decreto Supremo que aprueba los Lineamientos de Organización del Estado; así como, de la Norma Técnica N° 001-2018-SGP, Norma Técnica para la Implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública, aprobada mediante la Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2018-PCM-SGP, el Plan Nacional de Simplificación Administrativa, las normas legales en la materia y lo dispuesto por el MINSA.

- b) Designación del gestor y del equipo de gestión de la RIS estructurada.

Artículo 16.- De la progresividad para la conformación de las RIS

- 16.1 La conformación de las RIS es de manera progresiva, sistemática y planificada, iniciándose con la integración de las IPRESS del MINSA y GORE, en un ámbito territorial definido.
- 16.2 En los GORE, la máxima autoridad política administrativa del ámbito territorial prioriza el ámbito territorial donde se inicia la conformación de las RIS.
- 16.3 La progresividad en la conformación y desarrollo de las RIS son marcadas por dos hitos:
- a) Capacidad para homologar la gestión administrativa y los recursos públicos disponibles.
 - b) Capacidad para homologar las características y contenido de la cartera de servicios de salud con otros prestadores.

CAPÍTULO III

DE LA ORGANIZACIÓN EN LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD

Artículo 17.- De la organización en el MINSA y GORE.

Conforme a lo dispuesto en la cuarta disposición complementaria final del Decreto Supremo N° 054-2018/PCM, el MINSA y los GORE realizan las adecuaciones institucionales y normativas para estandarizar la ubicación de las Direcciones Regionales, teniendo en cuenta lo siguiente:

- 17.1 Gestión por procesos
Actualizan y adecúan los procesos teniendo en cuenta la mejora continua de la calidad de los servicios de salud y de la atención a los pobladores de su ámbito (Norma Técnica N° 001-2018-SGP, Norma Técnica para la Implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública)
- 17.2 Simplificación administrativa,
Mejoran la eficiencia, la oportunidad y la calidad de los procedimientos y servicios.
- 17.3 Diseño organizacional.
Actualizan y adecuan su Reglamento de Organización y Funciones (ROF) considerando al Órgano de Gestión de las RIS como un órgano desconcentrado para el funcionamiento de estas.
- 17.4 Gobierno abierto
Cada RIS deberá contar con un plan de gobierno abierto con arreglo a las normas nacionales y política del Estado en la materia.
- 17.5 Gobierno digital
Comprende el conjunto de principios, políticas, normas, procedimientos, técnicas e instrumentos utilizados por las entidades de la Administración Pública en la gobernanza, gestión e implementación de tecnologías digitales para la



digitalización de procesos, datos, contenidos y servicios digitales de valor para los ciudadanos.

Aprueban los planes operativos anuales del o los órganos/s de gestión de las RIS y gestionan su financiamiento.

Artículo 18.- De la Organización de la RIS

Para la organización de la RIS se cuenta con:

- a) Unidad de gestión de la RIS.
- b) Sub unidad de prestaciones de servicios de salud individual y de salud pública.
- c) Sub unidad de servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
- d) Sub unidad de soporte administrativo.
- e) Sub unidad de estadística y de tecnologías de información y comunicación.

Participan en la gestión de la RIS, cuando corresponda, los siguientes:

- a) Responsables de las IPRESS de la RIS.
- b) Responsables de hospital de mayor capacidad resolutive de la RIS.
- c) Un representante por tipo de prestador de servicios de salud según corresponda (EsSalud, privados, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, Gobiernos Locales).
- d) Un representante de la comunidad que comunica sobre la situación de los servicios de salud en su calidad de usuario.

Artículo 19.- De las funciones de la RIS

19.1 Planificar, organizar, dirigir y controlar la operación, coordinación, articulación y complementación entre las IPRESS que conforman la RIS para las intervenciones de salud individual y salud pública, para el mantenimiento o recuperación de la salud de las personas, familias o comunidad en su ámbito territorial.

19.2 Monitorear, supervisar y evaluar el adecuado desempeño de las IPRESS en el ámbito territorial, controlando que todas sus acciones estén orientadas a los resultados organizacionales, en coordinación con los órganos competentes del Órgano de Gestión de las RIS para que las intervenciones de salud individual y salud pública sean accesibles, oportunos, eficaces y de calidad.

19.3 Articular y coordinar la oferta fija, móvil y Telesalud de las IPRESS de la RIS y hospitales de atención general o atención especializada cuando corresponda, para la continuidad de la atención de salud de los usuarios.

19.4 Programar los turnos de los profesionales de la salud con noventa (90) días de anticipación en los sistemas de programación de personal de salud.

19.5 Articular con servicios especializados de salud pública para lograr una mejor atención a las necesidades de salud pública de los usuarios.

19.6 Articular, coordinar y complementar la medicina tradicional que utiliza tratamientos personalizados no convencionales y sus tecnologías con enfoque integral socio antropológico y sanitario de los pueblos indígenas amazónicos y andinos y la población afroperuana, con la medicina convencional respetando la cultura, el lenguaje y diversidad en el ámbito territorial.



- 19.7 Incorporar la medicina alternativa y complementaria con las prestaciones de servicios de salud en los E.S., de acuerdo a las necesidades identificadas y al marco legal vigente.
- 19.8 Participar en espacios de articulación interinstitucional, intergubernamental y actores sociales, en el Consejo de Coordinación Local Distrital, en el marco de la gestión territorial de salud para el abordaje sobre los determinantes sociales de la salud identificados.
- 19.9 Administrar, optimizar y definir criterios de priorización para utilizar los recursos en salud asignados a la RIS, en el marco de la normatividad de los sistemas administrativos del Estado, a fin de atender las necesidades de salud de la población, familia y comunidad de su ámbito territorial.
- 19.10 Verificar un financiamiento equitativo, proporcionalmente a su población asignada, operaciones y resultados para todas las IPRESS que conforman la RIS
- 19.11 Formular los requerimientos a través de los sistemas de soporte de gestión administrativa y de soporte para la gestión sanitaria y prestacional del Órgano de Gestión de las RIS.
- 19.12 Articular acciones interinstitucionales, intergubernamentales y actores sociales para el abordaje de los determinantes sociales de la salud identificados en el ámbito territorial de la RIS.
- 19.13 Gestionar la prestación de servicios de salud cumpliendo lo dispuesto en el documento técnico vías integradas de atención para la continuidad de atención de los usuarios de la RIS.
- 19.14 Formular el Plan de Salud de la RIS.
- 19.15 Otras funciones que le asigne el Órgano de Gestión de las RIS.

Artículo 20.- Del Órgano de Gestión de las RIS

Es el órgano desconcentrado del MINSA y GORE que constituye unidad ejecutora, encargada de administrar los recursos asignados a las IPRESS de la RIS, en el ámbito de su jurisdicción, en el marco de la normatividad del proceso presupuestario, de igual manera, desarrolla por delegación los sistemas administrativos que correspondan, así como, la gestión de las prestaciones de servicios de salud de la RIS y prestaciones de servicios de salud hospitalarios en el hospital de atención general cuando corresponda.

Artículo 21.- De las competencias del Órgano de Gestión de las RIS.

- 21.1 Gestionar y ejecutar los recursos financieros de la RIS.
- 21.2 Gestionar los recursos humanos y tecnológicos en salud de la RIS.
- 21.3 Supervisar el adecuado desempeño de la gestión sanitaria de la RIS.
- 21.4 Monitorear y evaluar el cumplimiento de los objetivos, metas e indicadores de desempeño establecidos para las RIS.



Artículo 22.- De las funciones del Órgano de Gestión de las RIS.

- 22.1 Aprobar los Planes de Salud de las RIS a su cargo y gestionar los recursos para su puesta en operación, en el marco de sus competencias.
- 22.2 Ejecutar los recursos financieros asignados a las RIS conforme a sus requerimientos, en el marco de la normatividad de los sistemas administrativos del Estado, para la provisión oportuna de los recursos tecnológicos de salud.
- 22.3 Gestionar y supervisar la utilización de los sistemas informáticos de gestión administrativa, gestión sanitaria y prestacional establecidos por el MINSA para la provisión de servicios en red.
- 22.4 Mantener operativas todas las tecnologías de información y comunicaciones puestas a disposición de las RIS y de las IPRESS que la conforman.
- 22.5 Requerir auditorías continuas en la calidad y veracidad de todos los datos que utilizan todos los sistemas de información de la RIS.
- 22.6 Monitorear y supervisar que las RIS programen los turnos de los profesionales de la salud con noventa (90) días de anticipación en los sistemas de programación de personal de salud.
- 22.7 Monitorear, supervisar y evaluar el adecuado desempeño de la gestión de prestaciones de servicios de salud de las RIS en el ámbito territorial, en coordinación con los órganos competentes, para que la población cuente con servicios de salud accesibles, oportunos, eficaces y de calidad.
- 22.8 Promover la colaboración y el desarrollo de relaciones de confianza entre todos los trabajadores integrantes de las IPRESS que conforman la RIS.
- 22.9 Realizar las acciones para la articulación y coordinación entre los E.S. de la RIS, con otras RIS, Hospitales de Atención General y Atención Especializada o Institutos, en el ámbito territorial, macro regional o nacional para la continuidad de la atención de salud de los usuarios.
- 22.10 Convocar a representantes de la población asignada a la RIS para asambleas públicas de rendición de cuentas.
- 22.11 Otras funciones que le asigne el MINSA o el GORE dentro del marco de sus competencias.



Artículo 23.- De las funciones de los hospitales e institutos

- 23.1 Articular, coordinar y complementar la prestación de los servicios de salud de las RIS de oferta fija, móvil y Telesalud para la continuidad de la atención de salud de los usuarios.
- 23.2 Actualizar y socializar con todas las IPRESS de la RIS asociadas, su cartera de servicios de salud para atender las necesidades de servicios de salud de las personas o usuarios con oportunidad, calidad, eficacia, eficiencia.
- 23.3 Coordinar con el E.S. de puerta de entrada de los pacientes que recibieron atención especializada, la continuidad de su tratamiento y controles periódicos.

- 23.4 Gestionar las camas hospitalarias para la continuidad de la atención de salud de las personas o usuarios de una o más RIS o de otros hospitales cuando corresponda.
- 23.5 Atender de manera oportuna y segura las necesidades quirúrgicas de las personas o usuarios de una o más RIS o de otros hospitales cuando corresponda.
- 23.6 Gestionar la oportunidad de la complementariedad de servicios cumpliendo lo dispuesto en el documento técnico para la continuidad de atención de los usuarios en la RIS y los documentos técnicos denominadas vías integradas de atención que aprobará el MINSA.
- 23.7 Articular los servicios especializados de salud pública para lograr una mejor atención a las necesidades de salud pública de los usuarios
- 23.8 Articular, coordinar y complementar la medicina tradicional que utiliza tratamientos personalizados no convencionales y sus tecnologías con enfoque integral socio antropológico y sanitario de los pueblos indígenas amazónicos y andinos y la población afroperuana, con la medicina convencional, respetando la cultura, el lenguaje y diversidad en el ámbito territorial.
- 23.9 Incorporar la medicina alternativa y complementaria con las prestaciones de servicios de salud en los E.S., de acuerdo a las necesidades identificadas y al marco legal vigente.
- 23.10 Programar los turnos de los profesionales de la salud con noventa (90) días de anticipación en los sistemas de programación de personal de salud.
- 23.11 Fomentar relaciones de cordialidad, confianza y colaboración entre el personal asistencial del hospital con el de la RIS.
- 23.12 Implementar en la dirección, jefaturas y servicios el tablero de control centralizado para la toma de decisiones respecto a la deserción, el diferimiento, la gestión de la contrarreferencia, la gestión de camas, las estancias prolongadas, la gestión del alta de pacientes y lista de espera quirúrgica.
- 23.13 Desarrollar programas de docencia en servicio o teledocencia para los profesionales y personal técnico de las RIS adscritas u hospitales definidos en las vías integradas de atención, para complementar o fortalecer las competencias en los cuidados de salud o prestaciones de servicios de salud.
- 23.14 Otras funciones que les asigne la ASN, ASR o norma expresa.



TÍTULO III

DE LA GESTIÓN, PRESTACIÓN, FINANCIAMIENTO Y GOBERNANZA EN LA RIS

CAPÍTULO I

DE LA GESTIÓN DE LA RED INTEGRADA DE SALUD

Artículo 24.- De la gestión orientada a resultados

24.1 Para la práctica de la gestión orientada a resultados, se considera los siguientes factores críticos de éxito:

- a) Alineamiento del Plan de Salud RIS a las Políticas Nacionales de Salud, al PESEM, al Plan de Desarrollo Regional Concertado, al Plan de Desarrollo Local Concertado (provincial y/o distrital).
- b) Definición de resultados esperados.
- c) Identificación específica de los grupos de interés.
- d) Seguimiento de los progresos para el logro de los resultados esperados con periodicidad mensual, trimestral, semestral y anual.
- e) Implementación de medidas correctivas
- f) Medición de la percepción de los usuarios de la RIS.
- g) Análisis de la ejecución presupuestal y corrección de las desviaciones.
- h) Análisis de la eficiencia del financiamiento por toda fuente.
- i) Análisis de resultados y acciones de mejora continua en la práctica diaria.
- j) Rendición de cuentas, ética y transparencia en la gestión.

24.2 Para la gestión operativa de la RIS, el MINSA pone a disposición la aplicación informática Geoespacial de las Redes Integradas de Salud – Geo RIS, integrado al sistema de información de Historias Clínicas Electrónicas oficial del MINSA.

Artículo 25.- Del Plan de Salud de la RIS

25.1 El Plan de Salud de la RIS es el instrumento de gestión de la RIS que establece los resultados esperados para mejorar el estado salud de la población y abordar los determinantes sociales de la salud en el ámbito de la RIS, así como, mejorar las metas de prestaciones en materia de salud individual, las intervenciones de salud pública, las acciones sobre los determinantes sociales de la salud que se ejecutarán de manera articulada y concertada entre las IPRESS, los ciudadanos, las organizaciones sociales, los actores sociales, las entidades de los sectores, los órganos de los gobiernos locales. Además, el Plan de Salud de la RIS expone resultados esperados en materia de experiencia del usuario en el acceso y utilización de servicios de salud, utilización de recursos públicos de salud y bienestar del recurso humano en salud al interior de la RIS.

25.2 El Plan de Salud de la RIS tiene las siguientes características:



- a) Es multianual, se desagrega en planes anuales y se realiza con enfoque de gestión territorial.
- b) Es vinculante en su ejecución por cada entidad e institución del ámbito territorial de la RIS.
- c) Se sustenta en el presupuesto correspondiente al ámbito de la RIS.
- d) Está alineado a las políticas, planes, prioridades y estrategias definidas por la ANS, las ASR o las ASLM, según corresponda. Está armonizado al Plan de Desarrollo Local Concertado del ámbito territorial de la RIS.
- e) Establece niveles de participación, coparticipación y de corresponsabilidad, así como los mecanismos para el monitoreo y evaluación de los resultados.
- f) Comprende actividades operativas relacionadas a intervenciones de salud individual y de salud pública, que son brindadas por las IPRESS que conforman la RIS y vincula el accionar de los ciudadanos, las organizaciones sociales, actores sociales, sectores, órganos de gobierno regional y local.

Artículo 26.- Formulación del Plan de Salud de la RIS

26.1 La Unidad de Gestión de la RIS conduce el proceso de formulación del Plan de Salud, con la participación del Órgano de Gestión de la RIS y la unidad ejecutora según corresponda.

26.2 El Plan de Salud de la RIS se formula en base al análisis situacional de salud (ASIS) de la RIS y otra información relevante. Los determinantes sociales de la salud priorizados, las acciones, metas e indicadores acordados en el Plan de Salud forman parte del proceso de planeamiento del desarrollo integral del territorio a nivel de la provincia.

La Unidad de Gestión de la RIS promueve que los Planes de Desarrollo Local Concertado de las municipalidades provinciales y distritales recojan las prioridades establecidas en el Plan de Salud de la RIS.

26.3 Cuando las otras IPRESS públicas, privadas o mixtas se integren a la RIS deben proporcionar obligatoriamente la información requerida por la Unidad de Gestión de la RIS para ser considerada en la formulación del Plan de Salud de la RIS.

26.4 El Órgano de Gestión de la RIS brinda asistencia técnica a la municipalidad provincial para el desarrollo del análisis local de salud, la identificación de determinantes sociales de la salud y su priorización en el Plan de Desarrollo Local Concertado; y desarrolla acciones de abogacía para su sostenibilidad.

26.5 El Órgano de Gestión de la RIS, la Unidad de Gestión de la RIS y su equipo de gestión participan del proceso de planeamiento del Plan de Desarrollo Local Concertado.

Artículo 27.- Del monitoreo y evaluación del Plan de Salud de la RIS

27.1 El monitoreo y evaluación del Plan de Salud de la RIS está a cargo de la Unidad de Gestión de la RIS, en lo que corresponda.

27.2 El monitoreo del cumplimiento de actividades del Plan de Salud de la RIS, se realiza trimestralmente y se informa al Órgano de Gestión de la RIS, a la ASR y al MINSA.

27.3 La evaluación del cumplimiento de objetivos, indicadores y metas del Plan de Salud de la RIS, se realiza semestralmente y se informa al Órgano de Gestión de la RIS, a la ASR y al MINSA.

27.4 El logro de objetivos del Plan de Salud de la RIS determina diversos incentivos para la RIS y el equipo de gestión en el marco de la normativa vigente.

Artículo 28.- De la optimización de los recursos

28.1 Se enfatiza en mejorar la experiencia del usuario en el acceso y utilización de los servicios de salud teniendo en cuenta la productividad, rendimientos referenciales de los profesionales de la salud, calidad del gasto y ejecución de los presupuestos basados en la medición de indicadores, metas y resultados que aseguren la no pérdida del valor de recursos físicos.



- 28.2 De ser necesario, el Órgano de Gestión de la RIS elabora e implementa el Plan de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud y/o Proyectos de Inversión Pública necesarios para la RIS, orientados al:
- a) Cierre progresivo de brecha de Equipos Multidisciplinarios de Salud en la RIS.
 - b) Cierre progresivo de brecha de cartera de servicios de salud en la RIS, en especial de servicios médicos de apoyo.
 - c) Cierre progresivo de brecha de otros recursos humanos en salud - RHUS.
 - d) Cierre progresivo de brecha de recursos tecnológicos en salud.
 - e) Cierre progresivo de brechas de interoperabilidad de sistemas de información en la RIS, que permitan la interconexión entre las IPRESS de la RIS.
 - f) Cierre progresivo de brechas en el desarrollo del talento humano de la RIS para mejorar las prestaciones de servicios de salud y procesos administrativos.

Artículo 29.- De la rendición de cuentas de la RIS

El Informe de Rendición de Cuentas de la RIS se presenta semestral y anualmente; y es remitido al Órgano de Gestión de la RIS para su revisión y conformidad, según corresponda. Una vez conforme, el informe semestral y anual se publican en el Portal de Transparencia del Órgano de Gestión de la RIS, la ASR, el MINSA, y se difunde a la comunidad.

CAPÍTULO II

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA RED INTEGRADA DE SALUD

Artículo 30.- Del foco de cuidado.

- 30.1 La prestación de servicios de salud en los E.S. de la RIS se centra en el cuidado integral de la persona, familia y comunidad basado en la atención primaria de la salud, determinando los factores de riesgos y protectores que impactan en la salud e influyen en la persona, familia y comunidad; respetando los enfoques de interculturalidad, curso de vida y género.
- 30.2 Los hospitales de atención general y especializada que complementan los servicios de salud de las RIS, tienen la responsabilidad de brindar atenciones continuas y cuidados de salud conducentes a satisfacer las necesidades del usuario, en forma oportuna y con respeto, permitiendo el despliegue de estrategias comunicativas de tipo asertivas, que garantice la confianza y empatía entre el paciente, su familia y el personal de salud desde el inicio hasta el final de la atención.
- 30.3 El personal de salud de las IPRESS es sensibilizado y entrenado para brindar atenciones y cuidados de la salud con buen trato, fundamentado en principios éticos tales como responsabilidad y respeto en la interacción con el paciente y su familia, el cuidado se adapta a las necesidades específicas de la persona en un clima de empatía, respeto y confianza, así como en la eficacia y eficiencia en sus intervenciones basadas en evidencia.
- 30.4 El cuidado integral de la persona se basa en:
- a) El cuidado esencial primario enfocado en la “persona como un todo”, considerando las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona a lo largo de su curso de vida.



- b) El mantenimiento o conservación de la salud de la persona a través de la entrega de prestaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- c) Cuidados esenciales primarios interrelacionados con énfasis en el abordaje del daño acumulativo a través de la identificación de factores de riesgo y factores protectores en el curso de vida.
- d) El abordaje del motivo de la consulta, que es importante para salvaguardar la autonomía del paciente y así fortalecer la corresponsabilidad de su salud.
- e) El abordaje de problemas crónicos, que se fundamenta en el seguimiento y control oportuno a través de la identificación de problemas, metas terapéuticas y toma de decisiones compartidas.

30.5 El cuidado implica que el proceso de decisión clínica sea compartido entre el EMS y la persona. Se faculta a las personas para que gestionen mejor su salud mediante: la educación para la salud, el autocuidado y la autogestión de la enfermedad.

El cuidado centrado en la persona se vincula también al enfoque centrado en los derechos de los usuarios de los servicios de salud y en las corresponsabilidades de las personas o usuarios con respecto a la atención sanitaria.

30.6 El cuidado integral de la familia se basa en la intervención de la familia como sistema a través de la identificación del tipo de familia, su ciclo evolutivo, sus factores de riesgos y protectores en el familiograma, funciones de la familia y su relación biopsicosocial con su entorno.

30.7 El cuidado integral de la comunidad se basa en la intervención que aplica la estrategia de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), que consiste en la identificación y abordaje de los determinantes sociales de la salud, en trabajo conjunto con los actores sociales y los diferentes niveles de gobierno.

Artículo 31.- Del acceso al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

31.1 La población residente en un sector sanitario de la RIS debe ser identificada y nominalizada, debiendo ser asignada a un E.S. específico del ámbito territorial determinado que se constituye en la puerta de entrada al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Para ello, se utiliza el instrumento informático que el MINSA pone a disposición a nivel nacional brindando la asistencia técnica correspondiente.



31.2 El acceso al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud de un poblador residente en un Sector Sanitario de la RIS, se realiza exclusivamente a través del E.S. puerta de entrada al que fue asignado, recibiendo la prestación de servicios de salud mediante un EMS en la oferta fija o móvil. El EMS constituye el proveedor de cuidados esenciales primarios de salud longitudinales y rinde cuentas por los resultados del sector asignado.

31.3 La adscripción de la población residente en un Sector Sanitario de la RIS a su E.S. puerta de entrada es realizada por la ASR y ASLM, según corresponda, independientemente de las coberturas de seguros de salud. Las sucesivas asignaciones están a cargo de la Unidad de Gestión de la RIS en casos de recién nacidos, migrantes, entre otros, las que deben ser comunicadas al Órgano de Gestión de la RIS a través del sistema informático que disponga el MINSA. Se asigna un número de familias a un EMS.

- 31.4 El DNI es el único documento para identificar a la persona, verificar su condición de asegurado y acceder a las prestaciones de servicios de salud de la RIS, salvo las excepciones establecidas por Ley. En el caso de extranjeros, dicha identificación, verificación y acceso es con carné de extranjería para residentes y pasaporte para turistas u otro documento que disponga la autoridad migratoria.
- 31.5 Las personas o los usuarios de servicios de salud en condición de emergencia pueden acceder a cualquier E.S. a nivel nacional, donde son atendidos de manera obligatoria, independientemente si corresponde al E.S. puerta de entrada al cual fue asignado. Para ello, en una RIS que ha completado la etapa de desarrollo, los usuarios contarán con historia clínica electrónica registrada en el RENHICE.
- 31.6 Toda la población residente en el ámbito territorial de una RIS determinada está adscrita a esta.

Artículo 32.- De la oferta de servicios de salud.

- 32.1 La RIS tiene como fin prestar servicios de salud de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos a la población de su ámbito territorial, aplicando los atributos de la estrategia de atención primaria de salud y el modelo de atención integral de salud basado en la persona, familia y comunidad con enfoque territorial.
- 32.2 La oferta de los servicios de salud en la RIS se brinda mediante prestaciones de servicios de salud comprendidas en la cartera de servicios de salud individual y cartera de servicios de salud pública, bajo los principios de complementariedad, subsidiaridad y continuidad de la atención entre las IPRESS de la RIS, los hospitales de atención general o especializada que complementan los servicios de salud de la RIS, y a través de las modalidades de oferta fija, oferta móvil y Telesalud.
- 32.3 En la RIS se dispone de oferta de atención pre hospitalaria para atender las necesidades de salud de aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, realizada en el sitio de ocurrencia del evento, a través de la modalidad de oferta móvil. Los recursos para la atención pre hospitalaria deben ser manejados de manera centralizada, por el Órgano de Gestión de la RIS, la ASR y por el MINSA dependiendo de la magnitud y gravedad del o los casos.
- 32.4 Los E.S. puerta de entrada ofertan obligatoriamente una cartera de servicios de salud de primer contacto, que contiene prestaciones de servicios de salud individual y de salud pública, que se establecen según el perfil de salud de la población y los determinantes sociales de la salud existente en los sectores sanitarios.
- 32.5 La cartera de servicios de salud de primer contacto es brindada por un EMS, el cual ofrece un conjunto mínimo de prestaciones de servicios de salud, que responden a las necesidades de salud de la población mediante intervenciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, y cuidados paliativos.
- 32.6 Para la continuidad de la atención de salud de la población adscrita a la RIS, la cartera de primer contacto, se complementa con la cartera de servicios de salud de E.S. de mayor capacidad resolutoria y de servicios médicos de apoyo. El EMS determina las prestaciones de servicios de salud necesarios.
- 32.7 La población adscrita a la RIS puede acceder a cualquier E.S. puerta de entrada que la compone sin ser tratado como un proceso de referencia o contrarreferencia,



cuando el EMS considere pertinente y necesario o no se cuente con cita disponible en su E.S. puerta de entrada al cual está asignado.

32.8 En las RIS, se implementan E.S. para atención ambulatoria, atención de urgencias, emergencia, internamiento de condiciones no complejas y cirugía ambulatoria, centros de salud mental comunitarios; así como servicios médicos de apoyo centralizados para ofertar prestaciones de apoyo al diagnóstico y tratamiento, como patología clínica, anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, banco de sangre, medicina de rehabilitación y servicios de transporte asistido de pacientes, de acuerdo a las necesidades de salud de la población adscrita en el ámbito de la RIS.

32.9 En relación a la experiencia del usuario en la prestación y en el marco de la humanización de la atención, la RIS ofrece lo siguiente:

- Se aplicarán mecanismos para optimizar la gestión de las citas, gestión del alta y gestión de intervenciones quirúrgicas a fin de satisfacer las necesidades de los usuarios de manera oportuna que eviten las colas y demora en la atención.
- El acceso a la consulta ambulatoria será dentro de las 48 horas.
- El acceso al especialista puede ser por medio presencial o virtual dentro de las 72 horas para la atención.
- Implementación de la historia clínica electrónica única en todo el ámbito territorial.
- La continuidad de la atención es a través de médico general, médico de familia u otra especialidad.
- Los resultados de exámenes de apoyo al diagnóstico realizados en alguna IPRESS de la RIS deben estar en línea (en web) y tendrán validez en cualquier E.S.
- El usuario recibe un trato igualitario con respeto y libre de discriminación; con servicios bilingües que respeten el lenguaje y la perspectiva cultural de la población de la zona.
- El sistema de información de salud incluye información estadística diferenciada a favor de las poblaciones étnicamente diversas.
- Los EMS cuentan con facilidades para la entrega de paquetes preventivos y promocionales a la población sujeta a riesgos y daños priorizados.
- Las guardias comunitarias son utilizadas para ampliar la cobertura de la entrega de prestaciones completas con la ayuda del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas oficial del MINSA. Las actividades serán definidas en el Reglamento de Guardias.



Artículo 33.- De la organización e integración clínica

33.1 La RIS organiza y presta servicios de salud a través de la atención domiciliaria, que es toda y cualquier atención a domicilio realizada por el EMS, con todas sus modalidades: atención domiciliaria, acompañamiento domiciliario, vigilancia domiciliaria, visita domiciliaria, cuidados paliativos e inclusive el ingreso domiciliario consentido. Forma parte de la vía integrada de atención

33.2 La atención domiciliaria permite realizar una evaluación real de las necesidades de los pobladores de la RIS y hace posible prestar la atención o cuidado en el domicilio, utilizando la propia cama del usuario. Es un abordaje diferenciado de acuerdo a las necesidades de salud de la población y se basa en la cooperación, integración e interconexión.

- 33.3 Las RIS se organizan para la atención pre hospitalaria y el traslado de pacientes desde el sitio de ocurrencia del evento, el cual será realizado por el EMS o equipo de salud ad hoc debidamente entrenado. La RIS debe asegurar equidad en la oportunidad de acceso y en la calidad del servicio, entregando servicios de atención homogéneos en las distintas situaciones que se requieran, sin importar el evento, lugar o la RIS que corresponda. Forma parte de la vía integrada de atención.
- 33.4 Las RIS implementan procesos de gestión clínica y vías de atención integrada asociados al uso de criterios de eficiencia, eficacia, efectividad con evidencia científica, empleando guías de práctica clínica, guías de procedimientos médicos quirúrgicos, entre otros, y el uso intensivo de la HCE mediante el Sistema de Información oficial del MINSA.
- 33.5 En aquellos E.S. que se constituyen en E.S. puerta de entrada, los EMS son los integradores y coordinadores de los procesos de atención de salud de la población del sector sanitario correspondiente, para permitir la continuidad de atención del usuario de salud en la RIS y forman parte de la vía integrada de atención. Es función del EMS coordinar la atención en el siguiente punto de atención y hacer seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones brindadas por este.
- 33.6 La Unidad de Gestión de la RIS procura la continuidad de la atención de salud, definidas en la vía integrada de atención a través del proceso de referencia y contrarreferencia, con flujos de atención estandarizados y diferenciados, según la condición del usuario del servicio de salud debidamente sistematizados
- 33.7 Para la procura de la continuidad de la atención de salud con los hospitales o institutos la gestión de camas estará a cargo del jefe de guardia del hospital o instituto en coordinación con los jefes de departamentos o servicios.
- 33.8 Las IAFAS aseguran la cobertura de la prestación respetando los flujos de atención establecidos en la RIS.

Artículo 34.- Del Recurso Humano de la RIS

El nuevo personal nombrado y los contratados por CAS (existentes al momento de la conformación o nuevos contratados) se asignan a la unidad orgánica de gestión de la RIS, la que define su distribución en las IPRESS del ámbito territorial de la RIS según las necesidades de la demanda y el marco legal vigente.



Artículo 35.- Del desempeño de la RIS

- 35.1 El desempeño de la RIS se mide a través de herramientas e indicadores trazadores que el MINSA pone a disposición.
- 35.2 Los órganos de gestión de las RIS rinden cuenta dos veces al año a la ciudadanía a través de Audiencias Públicas Regionales sobre el desempeño de la RIS de su ámbito, en base al monitoreo señalado en el numeral precedente. Además, informa al ASR y al MINSA anualmente.
- 35.3 El MINSA acude una vez al año a la sesión de la Comisión de Salud y Población al Congreso de la República para informar sobre el desempeño de las RIS del país.

CAPÍTULO III

DEL FINANCIAMIENTO DE LA RED INTEGRADA DE SALUD

Artículo 36.- Características del financiamiento de la RIS

- 36.1 El financiamiento en la RIS debe estar alineado a objetivos y resultados sanitarios de salud individual y de salud colectiva con enfoque de riesgo según el perfil epidemiológico y demográfico de la población del ámbito territorial de la RIS.
- 36.2 Las prestaciones de servicios salud otorgadas por parte de las IPRESS que integran la RIS, son financiadas por las IAFAS a sus afiliados o asegurados, conforme a sus Planes de Beneficios
- 36.3 El financiamiento de las prestaciones de servicios de salud brindadas por las IPRESS se realiza con arreglo a lo dispuesto en el Capítulo IV del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento en Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 020-2014-SA y el Reglamento de la Ley N° 29344, aprobado con Decreto Supremo N° 008-2010-SA, en lo que corresponda.
- 36.4 El mecanismo y modalidad de pago que emplean las IAFAS por las prestaciones brindadas a sus asegurados, se efectuará con enfoque de RIS. En las RIS se privilegiará el mecanismo de pago prospectivo bajo la modalidad de pago capitado, pago por servicios, entre otros.
- 36.5 Las IPRESS de EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, así como las IPRESS privadas y mixtas que se integren a una RIS, se financian con cargo a su respectivo presupuesto.

Artículo 37.- Del intercambio prestacional en salud



- 37.1 Cuando la RIS identifique demanda insatisfecha de salud de los pobladores en su ámbito territorial, debe comunicar al Órgano de Gestión de las RIS y ésta a las IAFAS correspondientes, a fin de que activen el mecanismo del intercambio prestacional en salud u otros que considere necesarios.
- 37.2 En el caso que los afiliados pertenezcan a una IAFAS privada, el Órgano de Gestión de las RIS, coordina con dicha IAFAS, para que active el mecanismo de compra y venta de servicios, necesarios, para satisfacer la demanda de sus afiliados, tanto para los E.S. puerta de entrada, como de otras IPRESS de mayor capacidad resolutive.

CAPÍTULO IV

DE LA GOBERNANZA EN LA RED INTEGRADA DE SALUD

Artículo 38.- De la Instancia de Gobernanza en Salud

- 38.1 La RIS cuenta con una instancia de gobernanza que equivale a la instancia de articulación local existente en el ámbito territorial de la RIS al cual se le fortalece, caso contrario el Órgano de Gestión de la RIS promueve su conformación.

- 38.2 La instancia de gobernanza de la RIS tiene a su cargo el abordaje de los determinantes sociales de la salud que implica la identificación, la priorización de los determinantes sociales en el ámbito territorial de la RIS, y la identificación de acciones intersectoriales para revertirlas y contribuir al cierre de brechas de inequidades en salud. La instancia de gobernanza cuenta con la asistencia técnica del Órgano de Gestión de la RIS, según sea el caso.
- 38.3 La autoridad de salud desarrolla acciones de abogacía y brinda asistencia técnica para el fortalecimiento de capacidades institucionales de la instancia de gobernanza.

Artículo 39.- De la articulación de la Gobernanza en la RIS

- 39.1 La instancia de gobernanza se articula horizontalmente con el Órgano de Gestión de las RIS para articular acciones e intervenir sobre los determinantes sociales de salud identificados que generan inequidades en salud, a partir del análisis local de la demanda en salud o de necesidades de salud de la población, las mismas que guardan relación con prioridades sanitarias locales.
- 39.2 La instancia de gobernanza acuerda acciones y establece metas e indicadores, y cada organización o entidad integrante destina recursos institucionales para el accionar intersectorial planificado en beneficio de la salud de la población, el cual conserva el alineamiento con el planeamiento territorial regional y local.

Artículo 40.- De la rendición de cuentas de la Instancia de Gobernanza de la RIS

La instancia de gobernanza rinde cuentas a la ciudadanía respecto a los resultados obtenidos en el ámbito territorial de la RIS, empleando mecanismos de rendición de cuentas de acuerdo con su realidad local y pertinencia cultural, además de la publicación del Informe Anual de la Instancia de Gobernanza en el Portal de Transparencia del Órgano de Gestión de la RIS, la ASR y el MINSA, según corresponda, y de la municipalidad.

TITULO IV

DEL DESARROLLO E INTEGRACIÓN FUNCIONAL EN LA RED INTEGRADA DE SALUD

CAPÍTULO I

DE LA ETAPA DEL DESARROLLO



Artículo 41.- Del cierre progresivo de brechas de recursos

- 41.1 El cierre de brechas correspondientes a la etapa de desarrollo de la RIS, se realiza de manera progresiva, sistemática y planificada mediante la ejecución de proyectos de inversión pública de RIS y la implementación de planes de desarrollo de recursos humanos. Los proyectos de inversión pública para RIS y los planes de desarrollo de recursos humanos son establecidos en los estudios de red para macro regiones sanitarias.
- 41.2 La RIS en la etapa de desarrollo realiza una transformación digital para el soporte de sus procesos asistenciales y administrativos.

CAPÍTULO II

DE LA ETAPA DE INTEGRACIÓN FUNCIONAL

Artículo 42.- De la integración funcional

- 42.1 De manera progresiva, las IPRESS públicas dependientes del Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, otras IPRESS públicas e IPRESS privadas y mixtas, se integran funcionalmente a una RIS, a través de convenios o contratos suscritos entre la ASR o ASLM y el representante legal autorizado para la firma del convenio o contrato de las IPRESS a integrarse.
- 42.2 Para la integración funcional es requisito primordial la homologación con el uso de identificadores estándares de datos en salud, entre otros.
- 42.3 La atención de las necesidades de salud de los asegurados o beneficiarios del Seguro Social de Salud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, en los diferentes servicios de salud, incluyendo el domicilio, el E.S. puerta de entrada, los hospitales o institutos especializados, se explicitan en los convenios o contratos de integración funcional suscritos con la ASR o ASLM.

Artículo 43.- Del documento técnico de homologación de IPRESS

El documento técnico considera como mínimo lo siguiente:

- a) **Gestión del acceso a la RIS**
Referido a la adscripción de la población de uno o más sectores sanitarios a un E.S. puerta de entrada y al EMS.
- b) **Gestión de prestaciones de servicios de salud**
Referido a la adhesión y uso estandarizado de las vías integradas de atención, guías de práctica clínica, guías de procedimientos; así como las características del servicio en materia de acceso y utilización de la cartera de servicios de salud, entre otras.
- c) **Gestión del sistema de información**
Referido al uso estandarizado de los sistemas de información de HCE, con el uso de identificadores estándar de datos en salud.
- d) **Gestión de los sistemas administrativos**
Referido a la armonización de procesos y procedimientos administrativos que faciliten el intercambio prestacional en salud y que favorezcan la economía de escala.
- e) **Gestión de recursos humanos**
Referido al bienestar del recurso humano (retención de especialistas para todos los niveles, remuneraciones equitativas, incentivos económicos y no económicos, disminuir la sobrecarga y barreras para una mejor práctica sanitaria) y el desarrollo de capacidades del personal de salud en el uso de guías de práctica clínica, guías de procedimiento y vías integradas de atención.
- f) **Gestión de tecnologías en salud**



Referido a la armonización de la toma de decisiones sobre tecnologías en salud en base a la evaluación de tecnologías de salud y en la articulación de la oferta de tecnologías de alto costo en la RIS orientada a evitar la duplicidad de esfuerzos o subutilización de dichas tecnologías.

- g) **Gestión del financiamiento**
Referido a formulación del presupuesto, su adscripción de acuerdo a prioridades y ejecución basado en los resultados esperados de la RIS, procurando un financiamiento equitativo entre todos las IPRESS.
- h) **Gestión de la Calidad de los Servicios**
Referido a la capacidad de satisfacer las necesidades y/o expectativas de quienes reciben el bien y/o servicio ofrecido.
- i) **Gestión de Riesgos**
Referido a la aplicación sistemática de prácticas para la identificación, el análisis, la evaluación, el tratamiento, el seguimiento y la revisión del riesgo, independientemente de su fuente de origen.
- j) **Medición del desempeño de la RIS**
Referido a la diferencia de comparar los objetivos obtenidos por la RIS con los propuestos en la etapa de planeamiento representado en el Plan de Salud de la RIS.

Artículo 44.- Del procedimiento para la integración funcional de otras IPRESS a la RIS pública del Ministerio de Salud y Gobierno Regionales

En la Etapa IV - Integración funcional de otras IPRESS a las Redes Integradas de Salud – RIS públicas del MINSA y los GORE, se seguirá el siguiente procedimiento:

- a) El Órgano de Gestión de las RIS convoca a las autoridades de Seguro Social de Salud (EsSalud), gobiernos locales, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, otras IPRESS públicas, y a los representantes legales de IPRESS privadas y mixtas, de su jurisdicción.
- b) Las IPRESS privadas o mixtas pueden solicitar al Órgano de Gestión de la RIS su integración a la RIS consolidada que ha sido capaz de homologar servicios de salud y gerencia.
- c) Previa a la suscripción de contratos y convenios se programan reuniones de coordinación, evaluación y negociación.
- d) El último paso es la suscripción del contrato o convenio.



DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera. - De los Planes de Implementación de la RIS

En un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario de aprobado el presente reglamento, la ASR y ASLM elaboran un Plan de implementación de la RIS, el cual es aprobado mediante el acto resolutivo correspondiente.

El MINSA brinda la asistencia técnica correspondiente a través de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional en Salud y demás órganos competentes.

Segunda. - Normativa Complementaria

El MINSA expide la normativa necesaria con el fin de complementar las disposiciones del presente reglamento.

Tercera. – Estructura del Plan de Salud de la RIS

El MINSA, mediante norma específica, regula la estructura para la formulación del Plan de Salud de la RIS en un plazo de 60 días hábiles de publicado el presente reglamento.

Cuarta. - Estructura del Informe de Rendición de Cuentas de la RIS

El MINSA, a través de Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, define la estructura del Informe de Rendición de Cuentas de las RIS.

Quinta. - Continuidad de la Atención de Salud

El MINSA dicta las normas que permitan la continuidad de la atención de salud al interior de la RIS, y desde la comunidad, los hogares, los establecimientos de salud puerta de entrada, hospitales o institutos y viceversa.

Sexta. - Complementariedad al Marco de Aseguramiento Universal en Salud

En el marco del Aseguramiento Universal de Salud, la Unidad de Gestión de la RIS promueve que toda la población residente en el ámbito territorial de una RIS, disponga de un seguro de salud que le permita acceder a las prestaciones que brindan las IPRESS de la RIS, sea en régimen contributivo, semicontributivo o subsidiado, según corresponda.

Séptima. - Adecuación normativa



Los órganos del MINSA adecúan sus documentos normativos a lo dispuesto en el presente reglamento según corresponda.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRANSITORIA

Única. – Reorganización y Reordenamiento del MINSA y los GORE

En el plazo de 360 días calendario de publicado el presente reglamento, el MINSA y los GORE culminarán con el proceso de reorganización y reordenamiento para la implementación del presente reglamento.

ANEXO N° 01

CRITERIOS REFERENCIALES PARA DEFINIR LAS UNIDADES TERRITORIALES SANITARIAS EN LA RIS

UNIDAD TERRITORIAL SANITARIA	POBLACIÓN *	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA A LA "PUERTA DE ENTRADA"	DENSIDAD POBLACIONAL	RELACIÓN CON LA CIRCUNSCRIPCIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA Ley N° 27795	CRITERIOS LOCALES
SECTOR SANITARIO	Urbana: 2000 – 6000 hab. Rural: < 2000 hab. Rural dispersa: variable Rural: Variable según densidad poblacional**.	Cartera de servicios de salud de primer contacto en E.S. Puerta de Entrada de 12 horas***	Urbana: usuario a < 30 min. de la Puerta de Entrada (E.S. / E.M.S.) Rural: usuario a > 1 hora y < 4 horas de la Puerta de Entrada (E.S. / E.M.S.) Rural dispersa: usuario a > 4 horas de la Puerta de Entrada (Equipo AISPED).	Dispersión poblacional expresada en: densidad poblacional menor que el promedio regional o provincial. La densidad poblacional es inversamente proporcional a la extensión del ámbito geográfico	Caserío u otro distinto (menor que nivel distrital) evitando el fraccionamiento innecesario de estos.	Son criterios adicionales a los criterios de población, prestaciones, accesibilidad, continuidad de la atención y circunscripción político administrativa que se aplican al delimitar la UTS Sector Sanitario

* La cantidad de población se estima tomando como referencia la adscripción de un promedio de 800 familias por EMS (si una familia tiene en promedio 4 personas sería: 3,200 personas), además en base a la media poblacional distrital y provincial del total de provincias y distritos del Perú. En ámbitos territoriales con alta densidad poblacional, el número de familias a cargo del EMS será de 1500 familias (si una familia tiene en promedio 4 personas sería 6000 personas).

** Dispersión poblacional expresada en: densidad poblacional menor que el promedio regional o provincial. La densidad poblacional es inversamente proporcional a la extensión del ámbito geográfico

*** Corresponde a prestaciones de servicios de salud ambulatorias brindadas en un E.S. Puerta de entrada de 12 horas. Estas prestaciones se brindan en E.S. de 24 horas de la RIS cuando en el Sector Sanitario no exista E.S. de 12 horas.

Equipo AISPED: Equipo de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas.



UNIDAD TERRITORIAL SANITARIA	POBLACIÓN	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA AL E.S. DE 24 HORAS	DENSIDAD POBLACIONAL	RELACIÓN CON LA CIRCUNSCRIPCION POLÍTICA ADMINISTRATIVA Ley N° 27795	CRITERIOS LOCALES
ZONA SANITARIA	Urbana: 30,000 – 50,000 hab. Urbana con periferia urbano marginal: 10,000 - 30,000 hab. Urbano con periferia rural: 50,000-100,000 hab. (Incluye periferia rural dispersa)	Cartera de servicios de salud de atención ambulatoria y de urgencias en E.S. de 24 h. (complementaria a la cartera de servicios de salud de primer contacto)	A < de 2 horas del E.S. Puerta de Entrada	Dispersión poblacional expresada en: densidad poblacional menor que el promedio regional o provincial. La densidad poblacional es inversamente proporcional a la extensión del ámbito geográfico	Distrito o multidistrito *Excepcionalmente cuando exista muy alta densidad poblacional, la Zona Sanitaria pudiera ser menor que el nivel distrital.	Son criterios adicionales a los criterios de población, prestaciones, accesibilidad, continuidad de la atención y circunscripción político administrativa que se aplican al delimitar la UTS Zona Sanitaria

E.S. = Establecimiento de salud



UNIDAD TERRITORIAL SANITARIA	POBLACIÓN	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD	ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA AL HOSPITAL DE ATENCIÓN GENERAL*	DENSIDAD POBLACIONAL	RELACIÓN CON LA CIRCUNSCRIPCIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA Ley N° 27795	CRITERIOS LOCALES
ÁREA SANITARIA (RED INTEGRADA DE SALUD)	Urbano: 200,000 – 500,000 hab. Urbana con periferia urbano marginal: 100,000 - 300,000 hab. Urbano con periferia rural: 50,000 hab- 100,000 hab. (Incluye periferia rural dispersa)	Cartera de servicios de salud de E.S. denominado hospital de atención general. (complementaria a la cartera de servicios de salud de IPRESS de 12 y 24 horas) *.	A < de 4 horas del E.S. de 24 horas.	Dispersión poblacional expresada en: densidad poblacional menor que el promedio regional o provincial. La densidad poblacional es inversamente proporcional a la extensión del ámbito geográfico	Provincial o multiprovincial *Excepcionalmente cuando exista muy alta densidad poblacional, el Área Sanitaria pudiera ser menor que nivel distrital *Excepcionalmente Regiones con población de 300, 000 a menos, el Área Sanitaria pudiera corresponder a un Departamento	Son criterios adicionales a los criterios de población, prestaciones, accesibilidad, continuidad de la atención y circunscripción político administrativa que se aplican al delimitar la UTS Área Sanitaria

* De no contar con oferta de hospital de atención general, el o los hospitales de atención especializada del ámbito territorial asumen para la o las RIS un doble rol de: atención general y atención especializada según corresponda.



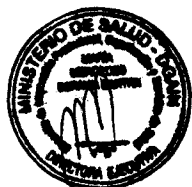
PROYECTO DE REGLAMENTO DE LA LEY N° 30885, LEY QUE ESTABLECE LA CONFORMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. Análisis de la Constitucionalidad y legalidad de la propuesta

El artículo 9 de la Constitución Política del Perú, dispone que el Estado determina la política nacional de salud, correspondiendo al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación. Asimismo, es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud¹. Lo que se encuentra en concordancia con los diferentes instrumentos internacionales suscritos por el Perú, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos², la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre³, así como del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁴, lo que se ve ratificado con la cuarta disposición final y transitoria de la Constitución Política del Perú⁵, cuando establece que las normas relativas a los derechos y a las libertades que la Constitución reconoce, se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los Tratados y Acuerdos Internacionales sobre las mismas materias ratificados por el Perú; dispositivo de obligatorio cumplimiento.

El numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; por tanto, el Estado tiene el deber de garantizar el acceso oportuno de la población a servicios de salud seguras y de calidad; con arreglo a principios de equidad.



¹ Constitución Política del Perú, artículo 9.

Artículo 9°. - El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud".

² Declaración Universal de los Derechos Humanos:

"Artículo 25°. - Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud [...], y en especial la alimentación [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de (...) enfermedad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales".

³ Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre:

ARTÍCULO XI: Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad".

⁴ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:

"Artículo 12.- Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar (...) a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para (...) d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad".

⁵ Cuarta. Las normas relativas a los derechos y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por el Perú.

Mediante Decreto Legislativo N° 1161, se aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, con la finalidad de determinar y regular el ámbito de competencia, las funciones y la estructura orgánica básica del Ministerio de Salud; así como sus relaciones de articulación y coordinación con otras entidades. Asimismo, se establece que el Ministerio de Salud es un organismo del Poder Ejecutivo, con personería jurídica de derecho público y constituye un pliego presupuestal.

En este sentido, el artículo 4 de la norma precitada, establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha ley y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva.

El artículo 4-A de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, incorporado mediante la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud, en su condición de ente rector y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: Essalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas.

Lo expuesto en referencia a la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, se ve reforzado con lo dispuesto en su primera disposición complementaria final, modificada por la Ley N° 30895, al establecer que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establece la Ley N° 26842, Ley General de Salud, teniendo a su cargo la función rectora a nivel nacional, la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad rectora en el sector. Su finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación de la salud de la población.



Asimismo, el Decreto Legislativo N° 1161, en los numerales 1), 2), 7), 8) y 9) de su artículo 3, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas, el aseguramiento en salud, los recursos humanos en salud, la infraestructura y equipamiento en salud, y la investigación y tecnologías en salud, respectivamente. Asimismo, los literales a), b), c), d), f) y h) de su artículo 5, modificado por la Ley N° 30895, establecen que son funciones rectoras del Ministerio de Salud: a) Formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; b) Dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector; c) Conducir, regular y supervisar el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud; d) Realizar el seguimiento y evaluación respecto del desempeño y obtención de resultados alcanzados de las políticas, planes y programas en materia de su competencia, en los niveles nacionales, regionales y locales, así como a otros actores del Sistema



Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud en todo el territorio nacional y adoptar las acciones que se requieran, de acuerdo a ley; f) Regular y fiscalizar los recursos, bienes y servicios del sector salud en el ámbito nacional; y, h) Establecer las normas y políticas para fortalecer y garantizar el acceso al aseguramiento universal en salud en el país. Además, los literales a), b), c), e), f), g), k) y l) de su artículo 7, modificado por la Ley N° 30895, señalan que son funciones específicas del Ministerio de Salud: a) Regular la organización y prestaciones de servicios de salud; b) Conducir, regular y controlar a los órganos desconcentrados, así como supervisar a los organismos públicos del sector; c) Establecer la política de aseguramiento en salud, regular a las entidades y los procesos vinculados a ésta; e) Promover y participar en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades y competencias de los recursos humanos en salud; g) Promover, articular y desarrollar estrategias para el adecuado cumplimiento de las funciones transferidas en el marco de la descentralización; k) Asegurar la acción preventiva, oportuna y eficaz en la protección de los derechos de los ciudadanos usuarios de los servicios de salud; y, l) Proponer la gestión de procesos a fin de reducir las inequidades.

La Ley N° 30885, que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS); tiene por objeto establecer el marco normativo para la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud a nivel nacional. Asimismo, dispone en su única disposición complementaria final, que el Poder Ejecutivo apruebe el reglamento de la presente ley en un plazo no mayor de 60 días hábiles, contados a partir de su entrada en vigencia.

II. Descripción del problema

2.1 Segmentación del Sistema de Salud y Fragmentación de los Servicios de Salud

En el Perú el Sistema Nacional de Salud se encuentra segmentado, sus subsistemas no están integrados y difícilmente se complementan, esta situación origina deficiencias en la atención de los problemas de salud de la población, permitiendo la presencia de inequidades en la prestación de los servicios de salud.



La segmentación del Sistema Nacional de Salud, es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada una especializada en diferentes segmentos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social. Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos de población.

Así, en los diferentes ámbitos territoriales, las IPRESS incluso de un mismo subsistema, actúan en forma aislada, sin compartir sus fortalezas, con lo cual se acrecientan las brechas en recursos humanos, equipamiento e infraestructura, causando que la cartera de servicios de salud este incompleta y no garantice una atención oportuna, eficiente, de calidad y continua.

La segmentación del sistema de salud peruano es producto de la superposición de diversas estructuras organizacionales creadas en diferentes momentos históricos, tributarios de diversas concepciones y portadores de variados intereses, patrones culturales, formas de financiamiento, y modelos de gobierno, de gestión y de prestación; acumulados a modo de estratos geológicos, algunos procedentes del mundo colonial.⁶

La fragmentación de los servicios de salud es la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados. Otras definiciones abarcan: a) Servicios que no cubren toda la gama de servicios de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo; b) Servicios de distintos niveles de atención que no se coordinan entre sí; c) Servicios que no se continúan a lo largo del tiempo; y d) Servicios que no se ajustan a las necesidades de las personas.⁷

La fragmentación de los servicios de salud se manifiesta de múltiples formas en los distintos niveles del sistema de salud. En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios. Algunos ejemplos puntuales comprenden la demanda reprimida, las listas de espera, las derivaciones tardías, la necesidad de visitar múltiples sitios asistenciales para solucionar un único episodio de enfermedad o la falta de una fuente regular de servicios. Otras manifestaciones incluyen repeticiones innecesarias del historial clínico y de las pruebas diagnósticas o la indicación de intervenciones que no tienen en cuenta las particularidades culturales de ciertos grupos poblacionales.⁸



La segmentación del sistema de salud y la fragmentación de los servicios de salud generan dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

2.2 Las Redes de Servicios de Salud en el Perú

La Organización Panamericana de la Salud ha desarrollado el tema de integración de servicios de salud desde hace más de una década. Dentro de este continuo trabajo, considera que las redes integradas de servicios de salud son una estrategia que contribuye a la salud universal, así como al desarrollo de sistemas de salud basados en la estrategia de Atención Primaria de Salud,

⁶ Colegio Médico del Perú, "El Sistema de Salud en Perú

⁷ Organización Panamericana de la Salud (2010) "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas", Washington D.C.

⁸ Organización Panamericana de la Salud, CD 49/16 Redes Integradas de Servicios de Salud basada en la Atención Primaria de Salud. 2009.

⁹ WHO (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO.

¹⁰ WHO (2008). The World health report 2008: health systems, improving performance. Geneva: WHO.

¹¹ WHO (2008). The World health report 2008: Primary health care: now more than ever. Geneva: WHO.

y, por ende, a la prestación de servicios de salud, más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

Asimismo, propone que una red integrada de servicios de salud es una *“Red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”*.

En el Perú, la configuración de los servicios de salud en redes se evidencia desde el año 1995, cuando en el Lineamiento N° 03, del documento: “Lineamiento de Política del Sector Salud 1995-2000”, se plantea la formación de redes plurales de prestadores acreditados y categorizados, así como la inclusión de la descentralización de la autoridad de salud a niveles regionales y locales.

En el año 2001, mediante la Resolución Ministerial N° 122-2001-SA/DM, se aprueba el documento “Lineamientos para la Delimitación de Redes de Salud”, en el cual los establecimientos de salud se interrelacionan, asegurando la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones prioritarias. Asimismo, se incluye a las Microrredes, definiéndolas como la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios, conformada por establecimientos de salud del primer nivel de atención, articulados funcionalmente. Esta norma asigna a las Direcciones de Red funciones principalmente de administración de los servicios de salud en su jurisdicción.¹²

Este planteamiento de redes, estableció como objetivos estratégicos, asegurar el flujo eficiente de recursos, contribuir a la descentralización, organizar la oferta y demanda, facilitar la gestión, brindar prestaciones de salud individual y colectiva. Se caracterizó por ser un dispositivo de alcance solo para los establecimientos de salud del Ministerio de Salud.



En el año 2002, mediante la Resolución Ministerial N° 1125-2002-SA/DM, que aprueba la Directiva DGSP-DESS-N° 001-05-2002: “Directiva para la Delimitación de las Redes y Microrredes de Salud”, se reguló los tiempos y el procedimiento para la presentación de las Redes conformadas por cada región. En el año 2003, con Resolución Ministerial N° 638-2003-SA/DM, se aprobó la “Delimitación de las Direcciones de Salud, Direcciones de Red de Salud y Microrredes de Salud del Ministerio de Salud”, estableciéndose 108 Direcciones de Redes y 712 Microrredes, la misma que quedó sin efecto mediante la Resolución Ministerial N° 405-2005/MINSA, que reconoce que las Direcciones Regionales de Salud constituyen la única Autoridad en Salud en cada Gobierno Regional.

¹² Derogada por la Resolución Ministerial N° 167-2017/MINSA, que aprueba el documento técnico: “Lineamientos para la Prestación de Servicios de Salud en las Redes de Servicios de Salud (Redes Integradas de Atención Primaria de Salud).

En el marco de la descentralización, mediante la Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización, aprobada en el 2002, se otorgó la potestad a los Gobiernos Regionales de organizar los servicios de salud y los niveles de atención de las entidades de salud en su jurisdicción. Este proceso originó que todos los establecimientos de salud (Direcciones de Salud, Redes y Microrredes, Hospitales), que pertenecieron al Ministerio de Salud como prestador público, fueran transferidos a los Gobiernos Regionales, quienes tienen la responsabilidad de reorganizar los servicios de salud, ajustando sus redes de atención a las necesidades de la población.

En el 2007 mediante la Ley N° 29124, Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones, se establece que “Los puestos y centros de salud que participan en la cogestión, como las “Comunidades Locales de Administración de Salud – CLAS”, forman parte de la red de servicios de salud”.

En el 2013 se emitió el Decreto Legislativo N° 1166, “Decreto Legislativo que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud” con el objeto de establecer el marco normativo correspondiente, cuya implementación no fue desplegada.

Con Resolución Ministerial N.º 167-2017-SA, se aprueba el documento técnico: “Lineamientos para la Prestación de Servicios de Salud en las Redes de Servicios de Salud (Redes Integradas de Atención Primaria de Salud), y se deroga la Resolución Ministerial N°122-2001- SA/DM, se aprueba el documento “Lineamientos para la Delimitación de Redes de Salud”.

Antes de la expedición de la Resolución Ministerial N.º 167-2017-SA y considerando la información contenida en el Registro Nacional de IPRESS, en el MINSA y los Gobiernos Regionales se contaba con un total de 156 Redes de Servicios de Salud y 876 Microrredes de Salud; mientras que EsSalud contaba con 26 redes asistenciales en regiones y en el Departamento de Lima contaba con 3 redes.



Además, hay que reconocer que existen redes de otros prestadores de salud públicos, tales como los de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, así como de prestadores de salud privados.

En el año 2018, se emite el Decreto Supremo N° 056-2018-PCM, que aprueba la “Política General del Gobierno al 2021”, que en el sub numeral 4.2 del numeral 4.-Desarrollo Social y Bienestar de la población, del artículo 4, Lineamientos Prioritarios de la Política General de Gobierno al 2021, establece: “*Brindar servicios de salud de calidad, oportunos, con capacidad resolutive y con enfoque territorial*”, haciendo alusión clara a las redes integradas de salud, que es la forma de organización de la oferta de servicios de salud con enfoque territorial.

Finalmente, el 19 de diciembre de 2018, se promulga la Ley N° 30885, que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS), derogando el Decreto Legislativo N° 1166 que aprobó la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.

III. Propuesta de Reglamento de la Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud.

El presente Reglamento establece disposiciones para la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS), contribuyendo al fortalecimiento e integración del actual Sistema Nacional de Salud de nuestro país.

Es aplicable a todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales, a todas las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), a todas las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS), así como a las demás entidades públicas, e instituciones privadas y mixtas.

Se busca que la norma sea aplicable a todos los actores, sectores, sociedad civil, instituciones, órganos de los gobiernos nacional, regional y local, de cada organización vinculada a la salud; concordando lo expresado en la definición de Red Integrada de Salud y lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS). La IAFAS y la IPRESS están definidas en los artículos 7 y 8 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 020-2014-SA. La UGIPRESS, está definida en la Segunda Disposición Complementaria Final del Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, aprobada mediante Decreto Supremo N° 008-2014-SA.



En lo que respecta a la definición de las Redes Integradas de Salud, se precisa que éstas son un conjunto de organizaciones de salud que presta, o hace arreglos institucionales para prestar una cartera de servicios de salud, con la finalidad de responder a las necesidades de salud de la población y a las prioridades de políticas sanitarias sectoriales, de una manera equitativa e integral, a través de la articulación, coordinación, cooperación y complementación, rindiendo cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve. En este punto, se debe tener en cuenta lo establecido en el artículo 49 de la Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización, que regula la relación de coordinación y cooperación del gobierno nacional, los gobiernos regionales y locales.

Para la implementación de la RIS a nivel nacional es necesaria la definición de etapas. En tal sentido, una primera etapa fundamental es la definición de la Política y el Marco Normativo. En este contexto, el Ministerio de Salud aprobará el marco normativo para su implementación.

Una segunda etapa, es la Conformación de las RIS a cargo del Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales, sobre la base de redes de salud bajo su administración, en un ámbito territorial definido. En esta etapa se aprueban los Planes de Salud de la RIS, y se elaboran los documentos de gestión institucionales, culminando con la formalización de las Redes Integradas de Salud. Para la elaboración de los documentos de gestión institucional, se tienen en cuenta lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 054-2018-PCM, que aprueba los Lineamientos de Organización del Estado; el Decreto Supremo N° 123-2018-PCM, que aprueba el Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública; y la Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2018-PCM, que aprueba la Norma Técnica N° 001-2018-SGP, Norma Técnica para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública.

La tercera etapa está relacionada con el Desarrollo de las RIS a cargo del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales. Se formulan, aprueban y ejecutan Proyectos de Inversión Pública, así como Planes de Desarrollo de Recursos Humanos para el Cierre de Brechas, de manera progresiva, sistemática y ordenada. En esta etapa, la RIS, a través de la transformación digital, busca reinventarse mediante la utilización de tecnología digital a fin de mejorar sus procesos asistenciales y administrativos. Se vale del internet, del ancho de banda, etc.

Finalmente, la cuarta etapa se refiere a la incorporación de otras IPRESS públicas, privadas o mixtas a las RIS, para lo cual se ejecuta el Plan de Homologación de Servicios y de Gerencia dispuesto por el Ministerio de Salud. Esta etapa concluye con la suscripción de convenios o contratos, según corresponda.

Las Redes Integradas de Salud en el Perú se articulan en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Persona, la Familia y la Comunidad, con enfoque territorial; que comprende las intervenciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en salud y cuidados paliativos, provistas de manera integral, integrada y continua por el establecimiento de salud o la red de salud, con calidad, equidad y seguridad, teniendo como eje de intervención a la persona, familia y comunidad.



El modelo de Redes Integradas de Salud, recoge el concepto de un cuidado centrado en la persona, la familia y la comunidad. El cuidado centrado en la persona significa que este se enfoca en la “persona como un todo”, es decir, el cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona a lo largo de todo su ciclo vital¹³. Los cuidados son adaptados a las necesidades específicas en un clima de empatía, respeto y confianza. La atención de la salud a la persona, se centra en prestaciones de la cartera de servicios de salud individual principalmente, mientras que la atención de la salud a la familia, consiste en prestaciones dirigidas a la familia en el contexto de su comunidad según curso de vida en el ámbito intramural o extramural. La atención de salud a la familia y comunidad, consiste en brindar cuidados a la persona en su contexto familiar, de sus redes sociales y culturales con prestaciones dirigidas a la familia y comunidad. En tal sentido, la Red Integrada de

¹³ OPS. Modelo Conceptual y Hoja de Ruta. Redes Integradas de Salud.

Salud, brinda prestaciones de servicios de salud comprendidas en las carteras de servicios de salud individual y de salud pública, bajo los principios de complementariedad, subsidiaridad y continuidad de la atención entre las IPRESS de la RIS, los hospitales de atención general o especializada que complementan los servicios de salud de la RIS; y a través de las modalidades de oferta fija, oferta móvil y Telesalud.

Para la operatividad de las RIS, en el presente Reglamento se regula sobre aspectos clave como son la prestación, la gestión, la gobernanza, y el financiamiento de las RIS; que son incluidos en la propuesta; sin los cuales no se tendría sostenibilidad para el funcionamiento y consolidación de las RIS.

En tal sentido, el Modelo de la RIS en el Perú estructurado para su funcionamiento en cuatro dimensiones (prestación, gestión, gobernanza en salud y financiamiento), agrupan atributos esenciales basados en la estrategia de atención primaria de salud, la que es transversal a todos los niveles de atención.

En la dimensión Prestación de la RIS, se considera a la población y territorio, foco de cuidado centrado en la persona, familia y comunidad, establecimientos de salud en la RIS como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, oferta de servicios de salud, organización e integración clínica asistencial; así como calidad y seguridad. Estos atributos se aplican con pertinencia cultural y con respeto a los derechos de los usuarios de los servicios de salud.

En la dimensión Gestión de la RIS, se consideran los atributos de gestión: orientada a resultados, acceso a la RIS, Plan de Salud de la RIS, recursos humanos, recursos tecnológicos en salud, sistemas de información y sistemas administrativos y logísticos. En la gestión orientada a resultados, la definición de resultados esperados debe considerar los resultados de los programas presupuestales.



En la dimensión Gobernanza considera atributos referidos al empoderamiento de directores y funcionarios de la RIS, rendición de cuentas sobre responsabilidades asumidas por la RIS, alineamiento de sus integrantes con los objetivos de la RIS, mejora del desempeño institucional de la RIS, articulación intersectorial e intergubernamental, y la participación ciudadana amplia. La gobernanza en salud en el territorio promoverá espacios de diálogo, transparencia y rendición de cuentas; en el marco de un gobierno abierto e inclusivo. La Gobernanza será ejercida por la instancia de articulación interinstitucional e intergubernamental, que mejor se adapte a sus fines. En el caso de los Consejos Provinciales de Salud, si bien se encuentran contemplados en la Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, éstos aún no han sido implementados.

En la dimensión Financiamiento de la RIS, se considera la optimización del financiamiento, el financiamiento alineado a objetivos y resultados, el mecanismo de intercambio prestacional en salud, y los incentivos por resultados.

De otro lado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de los "Lineamientos para la elaboración y aprobación de los Manuales de Operaciones de los órganos

desconcentrados del Ministerio de Salud: Direcciones de Redes Integradas en Salud”, aprobados mediante Resolución Ministerial N° 450-2017/MINSA, las Direcciones de Redes Integradas de Salud representan por delegación la autoridad sanitaria en Lima Metropolitana, teniendo competencia en dicho ámbito.

Según lo dispuesto por la Resolución Ministerial N° 405-2005/MINSA, las Direcciones Regionales de Salud constituyen la única autoridad de salud en cada Gobierno Regional.

En este contexto, las normas sectoriales que necesitan ser actualizadas con la finalidad de implementar el Modelo de Redes Integradas de Salud, son:

- Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA.
- Documento Técnico: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA.
- Directiva Administrativa N° 197-MINSA/DGSP-V.01, Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA.
- NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud: “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA.
- Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA.
- NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA.

Asimismo, las normas sectoriales complementarias que necesitan ser elaboradas para la implementación del Modelo de Redes Integradas de Salud, son:



- Reglamento de Unidades de Gestión de IPRESS.
- Disposiciones complementarias para la Portabilidad en el marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Metodología de Costeo Estándar.
- Guía de Implementación de las Redes Integradas de Salud.
- Guía Metodológica para la delimitación de las Redes Integradas de Salud.
- Guía Metodológica de Medición de la Línea de Base.
- Indicadores de Evaluación de las Redes Integradas de Salud.

Considerando lo expuesto, la presente norma reglamentaria se centra en tres puntos sustanciales:

Enfoque centrado en las expectativas de la población por ámbito territorial

Las Redes Integradas de Salud buscan que los usuarios de salud reciban un trato igualitario con respecto y libre de discriminación, con servicios bilingües que respeten el lenguaje y la perspectiva cultural de la población de la zona. Entre otros, los

equipos multidisciplinarios de salud contarán con facilidades para entregar paquetes preventivos y promocionales, a la población sujeta a riesgos y daños priorizados, así como realizarán guardias comunitarias para ampliar la cobertura de la entrega de las prestaciones, utilizándose como soporte al sistema de información para la historia clínica electrónica (e-Qhali.)

Las Redes Integradas de Salud, contribuyen a resolver los problemas de salud de la población de su ámbito territorial, buscan que los usuarios de los servicios de salud sean atendidos en los establecimientos de salud más próximos a su domicilio, los que se constituyen en puerta de entrada al sistema de salud. Con la denominación "establecimientos de salud puerta de entrada" no se busca constituir una nueva categoría de establecimientos de salud, sino aclarar que, a través de estos establecimientos, se accede al Sistema Nacional de Salud.

En las Redes Integradas de Salud, las citas serán otorgadas desde los establecimientos de salud puerta de entrada, pudiendo ser luego referidos a otros establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive, siempre que se requiera, garantizando de esta manera la continuidad de la atención de salud.

La gestión del alta, la gestión de camas hospitalarias y la gestión de intervenciones quirúrgicas, se enfocan en procurar la continuidad de la atención de salud a la población y satisfacer sus necesidades cuando requiera atención especializada.

La Red Integrada de Salud permitirá a los usuarios de salud de su ámbito territorial, acceder a servicios de salud dentro de las 48 horas de solicitada su cita, mientras que el acceso a la atención de servicios especializados se hará dentro de las 72 horas, a través de los diferentes tipos de oferta que se brinden.

Los resultados de exámenes de apoyo al diagnóstico realizados en alguna IPRESS de la RIS deben figurar en línea, debiendo tener validez en cualquier establecimiento de salud.



Las prestaciones de salud podrán ser brindadas en el domicilio de los usuarios de la salud, según el ámbito territorial de cada RIS, debiendo ser registradas y estar disponibles para todos los establecimientos de salud que conforman la RIS.

Existirá una Central de Emergencia del Sistema de Atención Móvil de Urgencia - SAMU, la que se encargará de atender las urgencias y emergencias de las personas en el lugar donde se encuentren, movilizará las ambulancias que sean necesarias al lugar de ocurrencia de la urgencia o emergencia, y trasladará al paciente hasta el establecimiento de salud que cuente con los equipos necesarios para la atención.

A través de la Historia Clínica Electrónica única en todo el ámbito territorial, se busca que los diagnósticos y los resultados estén disponibles para los establecimientos de salud de todos los niveles de atención.

En el marco de las Intervenciones de Salud Individual y Salud Pública, el personal de la salud acudirá al domicilio de los usuarios de salud del ámbito territorial de cada

RIS, con la finalidad de identificar riesgos y completar prestaciones preventivas y promocionales.

La Red Integrada de Salud, cuenta con carteras de servicios de salud organizadas para ofertar prestaciones a la población que habita en su territorio, con el enfoque de curso de vida.

Optimización de los recursos en salud

Se busca optimizar el empleo del recurso humano en la RIS, a través de la asignación de todo el personal de salud nuevo a la Unidad Orgánica de Gestión de la RIS, a fin de que ésta pueda disponer del mismo según la necesidad de la demanda de salud, por ámbito territorial.

Asimismo, se busca optimizar la utilización de los bienes muebles y equipamiento en la RIS y en las IPRESS que la conforman, a fin de que la RIS pueda disponer de los mismos, considerando la demanda de salud de la población, por ámbito territorial.

Se dispone para una mayor accesibilidad horaria, funcional y cultural, contar con establecimientos de salud de 12 y 24 horas de atención, además de la atención hospitalaria existente.

Considerando lo dispuesto en el Modelo de Atención Integral de Salud, a través de la optimización de los recursos en salud, se busca la eficiencia del sistema nacional de salud, esto es, que:

- a) Las actividades de atención o intervención deben orientarse a aquellos grupos más vulnerables o situaciones de riesgo más críticas, de manera que el resultado conjunto del gasto de los recursos proporcione los mayores resultados en términos de mejora en la situación sanitaria de la población.
- b) Los mecanismos y procedimientos para asignar los recursos y para usarlos en la ejecución de actividades debe asegurar el máximo rendimiento, la disminución de las repeticiones o duplicidades y el desperdicio o gasto innecesario de los mismos.



Las Redes Integradas de Salud, buscan articular a los diferentes recursos que se hallan en su ámbito territorial, con la finalidad de optimizar su utilización y evitar su duplicidad.

Los sistemas de información en la RIS se integran vinculando a todos sus miembros, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.

Reducción de la fragmentación de los servicios de salud

Las Redes Integradas de Salud se presentan como la alternativa más idónea para reducir la fragmentación que existe en los servicios de salud, empleando los atributos de la estrategia de Atención Primaria de Salud, que aseguran servicios de salud más

accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

Los atributos de la estrategia de Atención Primaria de Salud, son longitudinalidad, continuidad, primer contacto e integralidad. Por la longitudinalidad, se establece a largo plazo la relación entre el personal de salud y la población, permitiendo que ésta identifique al profesional de la salud o centro de salud al cual acude, como suyo. Por la continuidad, se procuran asegurar la sucesión ininterrumpida de cuidados de atención orientados a la necesidad de la población. Para el primer contacto, se brindará una cartera de servicios de salud de primer contacto y atención por el Equipo Multidisciplinario de Salud que integra al médico general capacitado/entrenado en atención primaria o al médico especialista en Medicina Familiar. Por la integralidad, se identifica la necesidad de salud de los pacientes y se les da las respuestas a sus necesidades, brindando servicios disponibles y oportunos.

Con las RIS se busca romper el predominio de programas focalizados en patologías; la atención se centra en la persona, familia y comunidad, se integran, articulan y complementan todas las IPRESS en un determinado ámbito territorial de manera efectiva, a través de diferentes instrumentos como la estandarización de procesos asistenciales y administrativos, uso de vías clínicas, guías de práctica clínica, protocolos de atención, complementariedad de la cartera de servicios de salud, entre otros; la atención se centra en la promoción de la salud y prevención de enfermedades; y se procura la continuidad de la atención entre las IPRESS del ámbito territorial de la RIS; se gestiona el financiamiento considerando la red. Asimismo, se evita la duplicidad de infraestructura y servicios. Se disminuye costos de producción y se responde mejor a las necesidades y expectativas de las personas.

IV. Análisis costo beneficio

La implementación de la presente Ley generará los siguientes beneficios en el Sistema de Salud:



- La articulación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se realizará en función del perfil de la demanda y la atención integral de salud basada en la persona, familia y comunidad, con enfoque territorial, en la estrategia de la atención primaria de salud y el abordaje de los determinantes sociales de la salud.
- La disminución de los altos niveles de fragmentación de los servicios de salud y segmentación del sistema de salud, repercutirán positivamente en el desempeño general del sistema de salud peruano, permitiendo mejorar el acceso a los servicios de salud, mejorar la capacidad resolutoria, que las prestaciones de salud brindadas sean con calidad, seguridad y oportunidad, la continuidad de los procesos de atención de salud, el uso racional y eficiente de los recursos disponibles, minimizar los costos de producción, así como el gasto de bolsillo, y, satisfacer a los usuarios con las prestaciones y servicios de acuerdo a sus necesidades y expectativas de salud.

El análisis de costo beneficio concluye que la implementación de la presente Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud, no generará un gasto adicional al Estado. Se busca optimizar la utilización de los recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura y equipamiento, entre otros, disponibles con intervenciones rápidas de inversión, a través de las Inversiones de Optimización, de Ampliación Marginal, de Reposición y de Rehabilitación (IOARR), orientadas a mejorar el desempeño en materia de prestación de servicios de salud y de gestión administrativa; teniendo en cuenta la productividad, los rendimientos referenciales de los profesionales de la salud, la calidad del gasto y la ejecución de los presupuestos basados en la medición de indicadores, metas y resultados que aseguren la no pérdida del valor de recursos físicos.

El cierre de brechas es progresivo, sistemático y ordenado, y se logra a través de la formulación, aprobación y ejecución de proyectos de inversión pública, así como a través de la elaboración e implementación de Planes de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

Además la implementación de la Ley ofrece ventajas al contribuir al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, organizando las intervenciones de salud pública y salud individual en Redes Integradas de Salud, a fin de atender las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad de manera accesible, equitativa, eficiente, de calidad y continua; articulando las intervenciones en los determinantes sociales de la salud con las entidades conformantes de la Red con enfoque de desarrollo poblacional y territorial, con la consecuente mejora de atención de los usuarios y de la salud de la población.

Los costos que representa la implementación de la presente Ley, en las IPRESS públicas se cubrirán con los presupuestos operativos del Ministerio de Salud a través de las DIRIS de Lima Metropolitana y de los Gobiernos Regionales. Asimismo, la implementación de la presente Ley, en las otras IPRESS Públicas, serán cubiertas por los presupuestos institucionales de cada pliego.

En las IPRESS privadas, los costos serán asumidos por sus presupuestos institucionales.



V. Análisis de impacto de la vigencia de la norma en la legislación

La presente propuesta normativa, no implica la derogación o modificación de alguna norma reglamentaria o de rango inferior.

El presente Reglamento no colisiona con el marco legal vigente; por el contrario, facilitará la implementación de la Ley N° 30885, para lo cual se tendrá que emitir normas técnicas relacionadas con la planificación, organización y gestión de los servicios de salud.