

SALUD

Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud - RIS

DECRETO SUPREMO
N° 019-2020-SA

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú establecen que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad y que el Estado determina la política nacional de salud, correspondiendo al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación, siendo responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud;

Que, 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. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad;

Que, el artículo 4 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, señala que, son principios del Aseguramiento Universal en Salud, entre otros, la Unidad que es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones para alcanzar los objetivos de la Ley y la Integralidad que consiste en el otorgamiento de todas las prestaciones necesarias para solucionar determinados problemas de salud;

Que, el artículo 22 del precitado Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, establece los criterios con los que las Instituciones Prestadoras de Salud articulan sus servicios, bajo la orientación del Ministerio de Salud: 1. Estandarización de las intervenciones y los manuales de procesos y procedimientos brindados por los prestadores, 2. Aplicación de Guías de Práctica Clínica Estandarizadas del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), 3. Sistema de Identificación, sobre la base del Documento Nacional de Identidad, que permita reconocer la condición de asegurado, 4. Criterios de intercambio de servicios basados en el cumplimiento de los principios de complementariedad y subsidiariedad, 5. Mecanismos de pago e intercambio de servicios que rigen las transacciones de compraventa de servicios entre las instituciones prestadoras y la provisión de las prestaciones contempladas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en las que intervenga al menos una institución pública;

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 como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, entre otros, la salud de las personas y el aseguramiento en salud;

Que, el artículo 4 del precitado 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 y colectiva.

Que, el artículo 4-A del mencionado Decreto Legislativo, modificado por la Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la Prevención y Control de Enfermedades, establece a través de sus sub numerales que: La potestad rectora del Ministerio de Salud comprende la facultad que tiene para normar, supervisar, fiscalizar y, cuando corresponda, sancionar, en los ámbitos que comprenden la materia de salud. La rectoría en materia de salud dentro del sector la ejerce el Ministerio de Salud por cuenta propia o, por delegación expresa, a través de sus organismos públicos adscritos y, dentro del marco y los límites establecidos en la presente ley, la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, las normas sustantivas que regulan la actividad sectorial y, las normas que rigen el proceso de descentralización. Asimismo, que el Ministerio de Salud, ente rector del Sistema Nacional de Salud, 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;

Que, los literales a), b) y e) del artículo 5 del Decreto Legislativo 1161, modificado por el Decreto Legislativo 1504, dispone entre otras que, son funciones rectoras del Ministerio de Salud: Conducir, regular y supervisar el Sistema Nacional 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 regular y dictar normas de organización para la oferta de salud, de los diferentes prestadores que brindan atenciones, para que en conjunto sean integrales, complementarias, de calidad, y que preste cobertura de manera equitativa y eficiente a las necesidades de atención de toda la población;

Que el artículo 1 y el literal 2 del artículo 2 de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS), señala que su objeto es establecer el marco normativo para la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud a nivel nacional y define Red Integrada de Salud como el conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve, señalando en su Única Disposición Complementaria Final que el Poder Ejecutivo aprueba el reglamento de dicha Ley;

Que, el artículo 10 del Decreto Legislativo N° 1466, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para fortalecer y facilitar la implementación del Intercambio Prestacional en Salud en el Sistema Nacional de Salud, que permitan la adecuada y plena prestación de los servicios de prevención y atención de salud para las personas contagiadas y con riesgo de contagio por COVID-19, dispone que el Ministerio de Salud regula, modula y desarrolla el proceso de articulación y complementariedad a nivel nacional entre las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas, privadas o mixtas de manera participativa, para la implementación del Intercambio Prestacional en Salud.

De conformidad con lo dispuesto en el inciso 8 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú; en la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo; la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, el Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la Prevención y Control de Enfermedades y el Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

DECRETA:

Artículo 1.- Aprobación de Reglamento

Apruébase el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las

Redes Integradas de Salud (RIS), que consta de cuatro (4) Títulos, seis (6) Capítulos, veintidós (22) Artículos, tres (3) Disposiciones Complementarias Finales y una (1) Disposición Complementaria Transitoria.

Artículo 2.- Refrendo

El presente Decreto Supremo es refrendado por el Ministro de Salud, la Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministro de Defensa y el Ministro del Interior.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los veintisiete días del mes de mayo del año dos mil veinte.

MARTÍN ALBERTO VIZCARRA CORNEJO
Presidente de la República

WALTER MARTOS RUIZ
Ministro de Defensa

GASTÓN CÉSAR A. RODRÍGUEZ LIMO
Ministro del Interior

VÍCTOR ZAMORA MESÍA
Ministro de Salud

SYLVIA E. CÁCERES PIZARRO
Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo

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 establece disposiciones para la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud - RIS a nivel nacional, así como los mecanismos para su monitoreo, supervisión y evaluación.

Artículo 2.- Ámbito de aplicación

2.1. El presente Reglamento se aplica en las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS - UGIPRESS del Ministerio de Salud - MINSAL, de los Gobiernos Regionales y de los Gobiernos Locales.

Asimismo, es aplicable a otras IAFAS, IPRESS, UGIPRESS y organizaciones públicas, privadas y mixtas que presten o hagan arreglos institucionales para prestar servicios de salud individual o salud pública, que de manera progresiva se integren a las Redes Integradas de Salud - RIS.

2.2. La integración referida en el numeral precedente, se realiza a través de la suscripción de un convenio o contrato de integración a la RIS celebrado por la Autoridad Sanitaria Regional, la Autoridad Sanitaria de Lima Metropolitana o la Autoridad Sanitaria Local cuando corresponda, con el representante legal de la institución u organización a integrarse, la que deberá cumplir con las características técnico-asistenciales homologables; así como, con la capacidad resolutoria mínima requerida por la RIS para garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, seguridad y calidad de las prestaciones de salud en los servicios de salud que preste la RIS

Artículo 3.- Definiciones y acrónimos

3.1. Definiciones

a) **Abordaje de determinantes sociales de la salud:** Forma de intervenir en aquellos componentes, estructurales e intermedios, que determinan el estado de salud de la población y las inequidades en salud, y que se manifiestan en las condiciones en que las personas se conciben, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

b) **Cartera de servicios de salud:** Conjunto de diferentes prestaciones de salud individual o de salud pública que brinda la RIS a través de las IPRESS; basado en sus recursos humanos y recursos tecnológicos que responde a las necesidades de salud de la población y a las prioridades de políticas sanitarias sectoriales.

c) **Concentración poblacional:** Es la conglomeración de población en un determinado territorio, determinada a través de la densidad poblacional.

d) **Densidad Poblacional:** Corresponde al número de habitantes por kilómetro cuadrado (km²).

e) **Determinantes sociales de la salud:** Son las circunstancias en que las personas son concebidas, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

f) **Determinantes estructurales:** Son los que generan la gradiente social: ingresos, nivel educativo, ocupación, condición socioeconómica, género, pertinencia étnica.

g) **Determinantes intermedios:** Son las condiciones materiales en las que se vive; las circunstancias psicosociales; los comportamientos o estilos de vida, los factores biológicos; y el propio sistema de salud como un determinante social.

h) **Equipo de Gestión de las Redes Integradas de Salud:** Es el conjunto de profesionales en gestión de salud de la Unidad de Gestión de IPRESS-UGIPRESS que aseguran el buen uso de los recursos, operaciones, control y rendición de cuentas, y que gerencian las operaciones de la RIS.

i) **Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS):** Equipo de salud constituido por un/a médico/a, un/a enfermero/a, un/a obstetra y un/a técnico/a o auxiliar asistencial de la salud, según la disponibilidad de recursos de la RIS, el que puede incluir a otros profesionales de acuerdo a las necesidades de salud de la población asignada a la Redes Integradas de Salud. 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).

j) **Integración clínica:** Continuidad, complementariedad y coordinación del cuidado integral de salud de la persona usuaria de los servicios de salud a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema. La coordinación del cuidado integral de la salud depende fundamentalmente de la condición del/de la paciente y de las decisiones que tome el equipo de salud.

k) **Plan de Gestión de las Redes Integradas de Salud:** Es el Plan de Salud que comprende los objetivos, estrategias, actividades, metas, recursos y mecanismos de control en salud, respecto al conjunto de intervenciones en salud individual y salud pública, así como, al abordaje de los determinantes sociales de la salud, alineado a las políticas, prioridades y estrategias definidas por la Autoridad Sanitaria Nacional y Autoridad Sanitaria Regional o de Lima Metropolitana. La Autoridad Regional de Salud o la Dirección de Redes Integradas de Salud en Lima Metropolitana aprueba el Plan de Salud de la RIS. El MINSAL, define los criterios técnicos para su formulación.

l) **Población asignada a un Equipo Multidisciplinario de Salud:** Conjunto de familias de la población de una Redes Integradas de Salud que es asignada a un Equipo Multidisciplinario de Salud.

m) **Red Integrada de Salud - RIS:** Conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de servicios de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

3.2. Acrónimos

AISPED	Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
ASL	Autoridad de Salud Local

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
EGRIS	Equipo de Gestión RIS
ESSALUD	Seguro Social de Salud
GERESA	Gerencia Regional de Salud
GL	Gobiernos Locales
GORE	Gobiernos Regionales
IAFAS	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MINSALUD	Ministerio de Salud
RIS	Red Integrada de Salud
UGIPRESS	Unidad de Gestión de IPRESS
UPSS	Unidad Productora de Servicios de Salud

TÍTULO II

CONFORMACIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD - RIS

Artículo 4.- Criterios para la delimitación territorial y poblacional para la conformación de las RIS

Para la conformación de las Redes Integradas de Salud, se constituye un equipo de trabajo funcional a cargo de las ASR y ASLM que aplican los siguientes criterios:

a) Tamaño poblacional: Se aplica considerando el tamaño de la población que puede ser atendida, respecto a sus necesidades de salud, en condiciones de eficiencia y efectividad.

b) Concentración poblacional: Se aplica considerando que la RIS tiene 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.

c) Accesibilidad: Se aplica considerando los aspectos de accesibilidad geográfica, económico, social y cultural en concordancia con las regiones naturales, corredores sociales, vías de transporte y comunicacional.

Adicionalmente, en la conformación de las RIS pueden utilizarse otros criterios técnicos como: la relación con la circunscripción político administrativa, carga de enfermedad o perfil epidemiológico, sin perjuicio de los que también consideren pertinentes las Autoridades Sanitarias correspondientes conforme a su realidad macrorregional, regional o local, según corresponda.

Cada delimitación territorial y poblacional de una RIS, se corresponde con una determinada cartera de servicios de salud individual y de salud pública.

Artículo 5.- Complementariedad para la conformación de las RIS

5.1 Se aplica considerando la cartera de servicios de salud ofertada, en relación con la necesidad de salud de la población.

5.2 Las ASR y las ASLM consideran la complementariedad de la cartera de servicios de salud de las IPRESS, las instituciones y organizaciones que prestan o hacen arreglos para prestar servicios de salud a ser comprendidos en su delimitación territorial; así como, la capacidad de oferta y capacidad resolutoria de las mismas, teniendo en cuenta la disponibilidad de los recursos humanos y recursos tecnológicos en la salud en

el ámbito de influencia, y su utilización con criterios de eficiencia, oportunidad, calidad y racionalidad.

5.3 Se asegura la continuidad de los cuidados de salud de la población de la RIS, a partir de sus necesidades de salud.

Artículo 6. - Procesos para la conformación de la RIS

Las ASR y ASLM, en sus respectivos ámbitos de competencia territorial, realizan los acuerdos interinstitucionales e intergubernamentales con las ASL que correspondan para desarrollar los siguientes procesos de conformación de las RIS:

a) Estructuración de la RIS, a través de la delimitación de su territorio y población, así como, definición de las IPRESS, instituciones y organizaciones que prestan o hacen arreglos para prestar servicios de salud que la integran, de acuerdo con los criterios señalados en el artículo 4 del presente Reglamento. Este proceso incluye la medición del grado de integración de la RIS.

b) Formalización de la RIS, mediante la emisión del acto resolutorio expedido por la ASR o ASLM, según corresponda, concluida la estructuración de la RIS.

El MINSALUD mediante Resolución Ministerial aprueba los documentos normativos para el desarrollo de los procesos antes señalados, en un plazo de sesenta (60) días calendario contados a partir de la entrada en vigencia de la presente norma.

TÍTULO III

FUNCIONAMIENTO DE LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD - RIS

CAPÍTULO I

FUNCIONES DE LA RED INTEGRADA DE SALUD

Artículo 7. – Provisión de servicios de salud

7.1 Las RIS proveen servicios de salud en concordancia con las políticas nacionales de salud, multisectoriales o sectoriales de salud, así como con la normatividad que, acorde a dichas políticas, emita la ASN o que la ASR o ASLM la adecúen según la realidad sanitaria en su ámbito territorial.

7.2 Las RIS proveen prestaciones de salud conforme al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS o Planes de Aseguramiento Específicos según la IAFAS pública, privada o mixta, de requerirse prestaciones de servicios de salud correspondiente a los Planes Complementarios las IAFAS públicas, privadas o mixtas emiten la autorización o documentación pertinente que autorice lo solicitado.

7.3 La provisión de los servicios de salud en la RIS se brinda mediante prestaciones de salud comprendidas en la cartera de servicios de salud individual y de salud pública, bajo los principios de complementariedad y continuidad del cuidado integral de salud entre las IPRESS de la RIS o fuera de ella, a través de las modalidades de oferta fija, oferta móvil y telesalud.

7.4 La RIS implementa sistemas de información en salud bajo el marco normativo vigente de los estándares de interoperabilidad, seguridad y continuidad operativa para el intercambio de información.

7.5 Para la provisión de servicios de salud, el personal de salud es asignado o reasignado a la RIS, pudiendo ser desplazado dentro de su ámbito territorial, según las necesidades de la demanda y el marco legal vigente.

Artículo 8. - Abordaje de los determinantes sociales de la salud

8.1 En las RIS, de manera coordinada y articuladas con la ASR y ASL e instituciones u organizaciones representativas en su ámbito, se abordan los determinantes sociales de la salud, principalmente los determinantes intermedios.

8.2 El MINSALUD mediante Resolución Ministerial en un plazo no mayor de sesenta (60) días calendario contados

a partir de la entrada en vigencia de la presente norma, establece el modelo de abordaje de los determinantes sociales de la salud, señalando las acciones que corresponden desarrollar en las RIS.

Artículo 9. - Rol de las Entidades en las RIS

9.1 El MINSA como ente rector del Sistema Nacional de Salud, regula y conduce el proceso de descentralización en salud y, en ese marco, formula, planea, dirige, coordina, ejecuta, monitoriza, supervisa y evalúa la política relacionada a las RIS. Conjuntamente con las ASR, ASL y ASLM implementan las RIS y definen el ordenamiento de la integración de las RIS o IPRESS de dos o más regiones y de Lima Metropolitana según corresponda.

9.2 Las ASR como unidades de organización especializada en materia de salud de los Gobiernos Regionales y las ASLM, conducen y brindan asistencia técnica en el proceso de implementación de las RIS en su ámbito territorial en el marco del proceso de descentralización, con arreglo a lo dispuesto en el presente Reglamento, en el Plan Nacional de Implementación de las Redes Integradas de Salud y en los documentos normativos complementarios en la materia que aprueba el MINSA. Asimismo, monitorizan y supervisan a las RIS en su ámbito territorial de conformidad con lo dispuesto por el MINSA, en concordancia directa con las políticas nacionales sectoriales y multisectoriales de salud, así como las políticas regionales.

9.3 El EGRIS es responsable en la UGIPRESS de gestionar la provisión de servicios de salud individual y de salud pública, conducir la gestión operativa, gestión clínica, organizarla y supervisarla; para lo cual, utiliza herramientas de gestión clínica y Tecnologías de Información y Comunicación (TICs), articulando y complementando los EMS y las diversas UPSS del ámbito de la RIS.

9.4 El EGRIS propone los flujos de referencia y contrarreferencia en la RIS hacia los Hospitales e Institutos de Salud Especializados dentro y fuera de su ámbito territorial; corresponde a la ASR o ASLM aprobar la propuesta cuando corresponda a su ámbito territorial y al MINSA cuando corresponda a la articulación e integración macrorregional o nacional conjuntamente con las ASR o ASLM.

9.5 Los Hospitales e Institutos de Salud Especializados complementan la cartera de servicios de salud de las RIS a nivel regional, macrorregional o nacional cuando corresponda.

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

Artículo 10.- Capacidad resolutive de la RIS

La RIS debe lograr capacidad resolutive a través de las IPRESS que la conforman y las instituciones y organizaciones que prestan o hacen arreglos para prestar servicios de salud que se encuentren en su ámbito, basada en la cartera de servicios de salud de complejidad creciente, inclusive de cuidados integrales de la salud especializados, con procedimientos estandarizados, apoyo al diagnóstico (laboratorio clínico y diagnóstico por imágenes) y tratamiento, abastecimiento adecuado de productos farmacéuticos y dispositivos médicos, y un flujo efectivo de referencia y contrarreferencia, que satisfaga las necesidades de cuidados integrales de la salud de la población de su ámbito. La capacidad resolutive de la RIS puede ser ampliada de manera articulada y complementaria con otras RIS.

Artículo 11.- Cuidado Integral de la Salud

La prestación de servicios de salud en las RIS se centra en el cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad basados en la estrategia de la Atención Primaria de Salud y en el Modelo de Cuidado Integral de la Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad; considerando los enfoques de derechos humanos, curso de vida, género, interculturalidad y equidad en salud; y fomentando el autocuidado.

Además, comprende las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales sobre los Determinantes Sociales de la Salud, bajo la rectoría del MINSA.

Artículo 12.- Acceso a los servicios de salud

12.1 Las personas son asignadas a la RIS, de acuerdo a la dirección consignada en su documento nacional de identidad o carnet de extranjería, Permiso Temporal de Permanencia, Carné de solicitante de refugio u otro documento que permita acreditar su identidad. Las personas podrán solicitar su cambio de asignación a la RIS de acuerdo con lo que establezca el MINSA.

12.2 Las personas pueden seleccionar su IPRESS preferente dentro de la RIS, se exceptúa de esta selección a los Hospitales e Institutos de Salud Especializados. Para dicho fin la RIS implementa, de acuerdo con la cartera de servicios de salud de las IPRESS que la conforman y las que se encuentren en su ámbito, el sistema de citas en línea o el que se disponga; las personas acceden a IPRESS no seleccionadas o por cartera de servicios de salud, sin que se considere como proceso de referencia o contrarreferencia.

12.3 En la RIS, a cada EMS se le asigna un conjunto de familias para brindar los cuidados integrales de la salud, en los diversos espacios establecidos en el Modelo de Cuidado Integral de la Salud por Curso de Vida, basado en la Persona, Familia y Comunidad.

12.4 Los EMS desarrollan sus funciones en las modalidades de oferta fija, móvil o Telesalud, según la planificación local.

Artículo 13.- Las Operaciones en Salud en las RIS.

13.1 Viabilizan el desarrollo de las intervenciones de salud individual y salud pública que realizan los EMS y las UPSS.

13.2 Garantizan la continuidad de los cuidados integrales de la salud de la población asignada a la RIS y la complementariedad de estos con prestaciones de salud de atención pre - hospitalaria y otras de mayor complejidad brindadas por otras IPRESS, instituciones u organizaciones fuera de la RIS.

13.3 Evitan los retrasos, duplicidades, discontinuidad, descoordinación, desintegración, falta de acceso y otras causas que generan disfuncionalidad en las prestaciones de salud en las RIS.

13.4 Garantizan las prestaciones de salud de los laboratorios de salud pública, atención pre - hospitalaria, servicios médicos de apoyo y tratamiento, a una o más RIS, en el ámbito de una o más regiones.

Artículo 14.- Integración clínica

14.1 Se inicia con los EMS. La coordinación de los procesos de cuidados integrales se realiza a partir del diagnóstico de la situación de salud y necesidades de las personas y familias que cuidan o atienden.

14.2 Para la integración clínica se emplean herramientas de gestión clínica estandarizadas para los cuidados integrales de salud que son aprobadas por el MINSA mediante Resolución Ministerial en un plazo de 60 días calendario contados a partir de la entrada en vigencia de la presente norma.

14.3 En la RIS se promueven diversos mecanismos de integración, articulación y coordinación entre las IPRESS y otras instituciones u organizaciones que se encuentren ubicadas en el ámbito de la RIS.

14.4 Privilegia el abordaje preventivo y orienta la actuación clínica basada en evidencia clínica y relación costo-efectividad.

Artículo 15. - Disponibilidad de Recursos

En la RIS se gestionan de manera eficiente los recursos humanos, tecnológicos de salud, presupuestarios y financieros de manera articulada y optimizada, asignándolos y distribuyéndolos entre las IPRESS que la conforman según las necesidades de la demanda y generando economía de escala, a fin de garantizar su disponibilidad para el cuidado integral de la salud.

CAPÍTULO III FINANCIAMIENTO DE LA RED INTEGRADA DE SALUD

Artículo 16.- Financiamiento y mecanismos de asignación de recursos de la RIS

16.1 El financiamiento de la RIS debe ser principalmente a través del aseguramiento universal en salud, priorizando el primer nivel de atención.

16.2 El financiamiento de la RIS está alineado a los objetivos y resultados sanitarios e incluye las diversas fuentes de financiamiento y recursos financieros para el cumplimiento de sus funciones, y puede contener mecanismos de incentivos vinculados a la eficiencia en el logro de los resultados; todo ello conforme a la normatividad vigente.

16.3 El financiamiento de las prestaciones de la RIS prioriza el pago por asegurado (per cápita) y el empaquetamiento de las prestaciones de servicios de salud por caso resuelto, sin perjuicio de la aplicación de otros mecanismos de pago dispuestos en las normas derivadas del Decreto de Urgencia N° 017-2019.

16.4 La implementación del financiamiento de la RIS desarrolla los mecanismos administrativos que transparenten la asignación, ejecución, seguimiento y el resultado del gasto orientado a resultados sanitarios previstos.

16.5 El MINSA aprueba o propone las disposiciones complementarias, según corresponda, que regulen el financiamiento por las IAFAS de las prestaciones de servicios de salud o prestaciones económicas y sociales, efectivamente convenidas o contratadas para los asegurados de la RIS, incluyendo situaciones de emergencia.

16.6 Las IPRESS del MINSA, Gobierno Regional, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú; así como, las instituciones u organizaciones que prestan y hacen arreglos para prestar servicios de salud e IPRESS privadas y mixtas que se integren a una RIS, se financian con su respectivo presupuesto.

Artículo 17.- Financiamiento y mecanismos de asignación de recursos a las IPRESS

El EGRIS distribuye o asigna los recursos a las IPRESS de su ámbito, prioritariamente, en función de la productividad de cada una de ellas, así como según las necesidades de la demanda, entre otras; promoviendo la mejora de la capacidad resolutoria, la oportunidad, continuidad, seguridad y calidad de las prestaciones de salud en los servicios de salud, y la entrega de resultados.

TÍTULO IV

ARTICULACIÓN, GOBERNANZA Y MECANISMOS DE CONTROL DE LA RIS

CAPÍTULO I MECANISMOS DE ARTICULACIÓN DE LAS RIS

Artículo 18. - De los mecanismos de articulación

18.1 La articulación de la RIS a su interior o con otras instituciones u organizaciones se realiza para compartir y complementar la disponibilidad de recursos humanos, tecnológicos en salud, entre otros, conforme al marco legal y normativo vigente, a través de mecanismos de financiamiento, de sistemas de información y comunicación, de articulación territorial por corredores sociales y de integración clínica, y se desarrollan bajo procesos establecidos por el MINSA.

18.2 El MINSA, las ASR, ASLM y las ASL, mantienen permanente coordinación, articulación funcional y cooperación en el marco de su autonomía y competencias propias para establecer las prioridades y necesidades sanitarias y su atención oportuna, armonizando el interés nacional, regional y local en salud, en el marco de las políticas nacionales sectoriales y multisectoriales de salud, y la normatividad que emita el MINSA como ASN.

CAPÍTULO II GOBERNANZA EN SALUD Y LA RED INTEGRADA DE SALUD

Artículo 19.- Participación de la RIS en la Gobernanza en Salud

19.1 En la RIS la gobernanza se desarrolla con un enfoque territorial, a través de la interacción del EGRIS, las instituciones, organizaciones y los actores sociales del ámbito territorial de la RIS, mancomunando acciones y recursos para abordar los determinantes sociales de la salud.

19.2 El EGRIS propone a la ASR y ASLM los determinantes sociales de la salud estructurales priorizados para su ámbito, a fin de que sean abordadas en la instancia de gobernanza en salud correspondiente.

Artículo 20.- La ASR, ASLM, ASL y la Gobernanza en Salud

Corresponde a la ASR, ASLM y a la ASL en su ámbito, lo siguiente:

20.1 La priorización del abordaje los determinantes sociales de la salud estructurales presentados por los EGRIS.

20.2 Coordinar y promover la concertación a nivel intersectorial, intergubernamental e interinstitucional que conlleven a acuerdos vinculantes con el fin de mitigar, prevenir, controlar o neutralizar el efecto de los determinantes sociales de la salud estructurales priorizados.

20.3 Monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de los acuerdos y el abordaje de los determinantes sociales de la salud estructurales.

CAPÍTULO III RENDICIÓN DE CUENTAS DE LA RED INTEGRADA DE SALUD

Artículo 21. - Rendición de cuentas

El EGRIS rinde cuentas sobre el desempeño de la RIS y se efectúa ante la ASR o la ASLM, en base al Plan de Gestión de la RIS, sobre los resultados sanitarios (de salud individual y salud pública) y de los recursos humanos, físicos, materiales, económicos, inversiones, entre otros en concordancia a los sistemas administrativos.

Artículo 22.- Informes del MINSA

22.1 El MINSA, en base a los informes de desempeño de las RIS remitidos por la ASLM y las ASR, a través de los Gobiernos Regionales, presenta anualmente los resultados de las RIS ante la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República, comprendiendo los aspectos referidos a resultados sanitarios, ejecución financiera, avance sobre el abordaje de los determinantes sociales de la salud, que den cuenta del seguimiento del desempeño y logros alcanzados a nivel nacional, regional y local.

22.2 Asimismo, el MINSA, como resultado del ejercicio de la función de fiscalización sobre las autoridades sanitarias regionales y locales; sin perjuicio de las facultades de fiscalización que le corresponde a los órganos, órganos desconcentrados y organismos públicos adscritos, según el marco legal vigente, emite un informe anual de fiscalización que es presentado a la Presidencia del Consejo de Ministros y publicado en el portal institucional del MINSA.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera. - Implementación

La implementación del presente reglamento se realiza bajo el marco del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, para la Persona, Familia y Comunidad; efectuándose la conformación y funcionamiento de las RIS de manera progresiva, empleando el Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud, conforme a la Resolución Ministerial que emita el MINSA para

tales efectos, en un plazo de treinta (30) días calendario contados a partir de su entrada en vigencia.

Segunda. - Normas complementarias

Con el fin de complementar las disposiciones del presente Reglamento, el MINSA expide en un plazo máximo de sesenta (60) días calendario contados a partir de su entrada en vigencia, la normativa e instrumentos técnicos necesarios adicionalmente a los señalados en los artículos precedentes.

Tercera. - Participación de integrantes de EMS en diferentes RIS

De ser necesario y dentro del marco legal vigente, algún o algunos integrantes de los EMS de una RIS pueden participar en el cuidado integral de la salud en diferentes RIS.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRANSITORIA

ÚNICA.- Fortalecimiento de las IPRESS en las RIS Conformadas

El MINSA conjuntamente con la ASLM, las ASR y las ASL del ámbito de la RIS conformada, elaboran y desarrollan un Plan de Fortalecimiento de la Capacidad Resolutiva de las RIS conformadas según el Plan de Implementación de las Redes Integradas de Salud, para mejorar o fortalecer el cuidado integral de la salud de la población de la RIS.

Se inicia en un plazo máximo de noventa (90) días calendario contados a partir de la entrada en vigencia del presente Reglamento y es progresivo hasta la conformación de la última RIS, teniendo en cuenta necesariamente el Programa Multianual de Inversiones a cargo del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales del ámbito de la RIS; así como, los Planes elaborados y aprobados conforme a lo dispuesto en los Documentos Técnicos "Lineamientos para la Elaboración del Plan de Equipamiento de Establecimientos de Salud en áreas relacionadas a Programas Presupuestales" y "Lineamientos para la Elaboración del Plan Multianual de Mantenimiento de la Infraestructura y el Equipamiento en los Establecimientos de Salud"; así como, el Registro Nacional del Personal de la Salud – INFORHUS.

1866899-12

Designan Ejecutivo Adjunto II del Despacho Ministerial

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 331-2020-MINSA

Lima, 27 de mayo del 2020

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 99-2020-MINSA, de fecha 22 de marzo de 2020, se designó al señor JULIO MENDIGURE FERNANDEZ, en el cargo de Ejecutivo Adjunto II (CAP – P N° 8), Nivel F-5, del Despacho Ministerial del Ministerio de Salud;

Que, el mencionado profesional ha presentado su renuncia al citado cargo, por lo que corresponde aceptar la misma y designar al profesional que desempeñará el cargo en mención;

Con el visado del Director General de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos y de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo previsto en la Ley N° 27594, Ley que regula la participación del Poder Ejecutivo en el nombramiento y designación de funcionarios públicos; la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo; el Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aceptar la renuncia del señor JULIO MENDIGURE FERNANDEZ, a la designación efectuada mediante la Resolución Ministerial N° 99-2020-MINSA, dándosele las gracias por los servicios prestados.

Artículo 2.- Designar al señor JUAN LUIS HERRERA CHEJO en el cargo de Ejecutivo Adjunto II (CAP – P N° 8), Nivel F-5, del Despacho Ministerial del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

VÍCTOR M. ZAMORA MESÍA
Ministro de Salud

1866901-1

Aprueban el "Listado de Productos Galénicos"

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 027-2020-DIGEMID-DG-MINSA

Lima, 22 de mayo del 2020

VISTO: la Nota Informativa N° 076-2020-DIGEMID-DPF-UFMNDYO/MINSA de fecha 14 de mayo del 2020, de la Dirección de Productos Farmacéuticos;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 5° de la Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, dispone que la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) es la entidad responsable de proponer políticas y, dentro de su ámbito, normar, regular, evaluar, ejecutar, controlar, supervisar, vigilar, auditar, certificar y acreditar en temas relacionados a lo establecido en dicha norma legal;

Que, el artículo 84° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA y Decreto Supremo N° 032-2017-SA, señala que la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, constituye la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios a que hace referencia la Ley 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. Es la autoridad técnico-normativa a nivel nacional y sectorial, responsable de proponer la regulación y normar dentro de su ámbito, así como evaluar, ejecutar, controlar, fiscalizar, supervisar, vigilar, auditar, certificar y acreditar en temas relacionados a lo establecido en la Ley N° 29459;

Que en el marco de lo dispuesto en el artículo 114° del Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, aprobado por Decreto Supremo N° 016-2011-SA, que dispone que sólo se consideran productos galénicos a los contenidos en la lista establecida por la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas mediante Resolución Directoral N° 051-2016-DIGEMID-DG-MINSA de fecha 22 de marzo del 2016 aprueba el "Listado de Productos Galénicos";

Que, con documento de visto, la Dirección de Productos Farmacéuticos solicita actualizar el Listado de Productos Galénicos, ampliando en dicho listado el rango de concentración del producto Alcohol medicinal 70° Solución a: Alcohol medicinal 70° hasta 80° (70-80% v/v) Solución. Asimismo, ampliar en dicho listado el rango de concentración del producto Alcohol medicinal 70° Gel a: Alcohol medicinal 70% hasta 80 % v/v Gel., asimismo incluir en dicho listado, las formulaciones: