

COMISIÓN DE SALUD Y POBLACIÓN

PERÍODO ANUAL DE SESIONES 2017-2018

Dictamen (...) -2018-2019/CSP-CR

Señor presidente:

Ha sido remitido para dictamen de la Comisión de Salud y Población el proyecto de Ley 2400/2017-CR, presentado por Fuerza Popular, a iniciativa del congresista Luis Humberto López Vilela, por el que se propone la Ley que establece disposiciones para el funcionamiento de las redes integradas de salud- RIS

El presente dictamen fue aprobado por (...) en la (...) sesión ordinaria de la Comisión, celebrada el (...) de 2018.

I. SITUACIÓN PROCESAL

a) Antecedentes

El proyecto de Ley 2400/2017-CR, ingresó al Área de Trámite Documentario el 7 de febrero de 2018 y fue derivado para su estudio y dictamen, como única Comisión, a la Comisión de Salud y Población, mediante decreto de envío del 9 de febrero de 2018.

La iniciativa legislativa materia de dictamen cumple con los requisitos generales y específicos señalados en los artículos 75, 76 y 77 del Reglamento del Congreso de la República, por lo cual se realizó el estudio correspondiente.

b) Vinculación con las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional:

El proyecto de ley está en concordancia con la II Política de Estado expresada en el Acuerdo Nacional, denominada Equidad y Justicia Social, en su numeral 13 sobre Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.

II. CONTENIDO DE LA PROPUESTA

El proyecto de ley sometido a estudio pretende, en primer término, la derogación del Decreto Legislativo 1166, Decreto Legislativo que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de atención primaria de salud.

Asimismo, tiene como objeto establecer el marco normativo para la conformación y

funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) a nivel nacional y de este modo, articular la oferta de los establecimientos de salud públicos del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales, a nivel nacional, brindando una cartera de atención de salud en red que responda a las necesidades de la población.

La propuesta legislativa considera que las Redes Integrales de Salud se constituyen teniendo en cuenta la delimitación del territorio y la población y están conformadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas de 12 y 24 horas, bajo el criterio de complementariedad de la cartera de atención de salud, así como la continuidad de la atención de salud del usuario, con el propósito de prestar servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

III. OPINIONES SOLICITADAS

La Comisión solicitó opinión a las siguientes instituciones, conforme se detalla a continuación:

Proyecto de Ley 226/2016-CR		
Institución	Nº de oficio	Fecha de recepción
Ministerio de Salud	Oficio 655-2017-2018-CSP/CR	21-02-18
Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales	Oficio 656-2017-2018-CSP/CR	21-02-18

IV. OPINIONES RECIBIDAS

Se han recibido las opiniones siguientes:

1. Del **Ministerio de Salud**, con Oficio 983-2018-DM/MINSA, recibido el 11 de junio de 2018, mediante el cual se manifiesta que el proyecto de ley se encuentra acorde con las normas sectoriales y las políticas nacionales en materia de salud. Recomiendan modificaciones expresas para los artículos 2 y 3, así como a la Disposición Complementaria Final del proyecto. Concluyen señalando su conformidad.
2. **Opiniones ciudadanas.** Al 24 de setiembre de 2018 no se registran opiniones ciudadanas en el portal institucional del Congreso de la República.

V. MARCO NORMATIVO

- Constitución Política del Perú.
- Ley 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1166, Decreto Legislativo que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.
- Decreto Supremo 008-2017-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico: “Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad”.
- 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).

VI. ANÁLISIS

Nuestro sistema de salud, como el de otros países de Latinoamérica, se encuentra fragmentado y desarticulado, dependiente de cuatro Ministerios (Salud, Trabajo y Promoción del Empleo, Defensa e Interior), lo que ha causado y viene causando dificultades en el acceso a la cartera de atención de salud, baja calidad en los servicios, deficiente uso de los recursos, incremento de costos, duplicidad en tareas y actividades y finalmente bajo nivel de satisfacción en los pacientes; definitivamente la fragmentación termina por ocasionar la falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención, pérdida de continuidad de la atención y falta de una relación coherente entre la cartera de atención de salud y las necesidades de los usuarios.

La causa de la mencionada fragmentación es la segmentación institucional del sistema de salud, es decir, que para cada grupo de población con determinadas características se ha establecido una determinada institución de salud que atiende a ese grupo. Por ejemplo, los trabajadores formales dependientes, en general, son atendidos por el Seguro Social de Salud - EsSalud, los policías son atendidos por la sanidad de la Policía Nacional, los militares son atendidos por las sanidades de las fuerzas armadas, etc., lo que ha conllevado a la desatención de la gran mayoría de la población respecto a los servicios de salud, en todo el territorio nacional, y finalmente a consolidar un sistema de salud ineficiente y de espaldas a las necesidades de atención de la gran mayoría de la población.

En varios países de América Latina se han dado ya, experiencias del funcionamiento de los servicios de salud en redes integradas, por lo que se hace imperativo tener que asumir nuevos retos respecto a los problemas de salud en el Perú, con la única finalidad de atender a la población de manera eficaz y eficiente.

- **La salud como derecho reconocido en la Constitución Política.**

El derecho a la salud, reconocido dentro de los derechos sociales y económicos de nuestra Constitución Política¹ y de acceso a todos los peruanos, debe ser protegido. En ese sentido, se le impone al Estado obligaciones concretas, una de ellas es garantizar una adecuada cobertura de las prestaciones de salud a la población (artículo VI del Título Preliminar de la Ley 26842, Ley General de Salud). Para lo cual corresponde brindar atención en condiciones de oportunidad, integralidad, calidad y seguridad financiera, garantías que se hallan expresadas en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (artículo 5.3)².

- **Redes Integradas de salud.**

Para definir las redes integradas de Salud, debemos analizar la definición de Sistemas de Salud, los mismos que han sido vistos desde diferentes ópticas, dependiendo de los países en los cuales operan, las condiciones socio económicas, la influencia de los grupos de poder, pero sobre todo las condiciones políticas de cada ámbito geográfico. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud ha definido a los Sistemas de salud como: “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades

¹ Constitución Política del Perú

“Artículo 7.- Derecho a la salud. Protección al discapacitado.

Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

(...)

Artículo 9.- Política Nacional de Salud 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 todo el acceso equitativo a los servicios de salud.”

² “TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY N° 29344, LEY MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Artículo 5.- Características El aseguramiento universal en salud tiene las siguientes características:

(...)

3. Garantizado. - El Estado asegura a toda la población cubierta bajo el esquema de aseguramiento universal en salud un sistema de protección social en salud que incluye garantías explícitas relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, con las que deben ser otorgadas las prestaciones.”

de la población y sean justos desde el punto de vista financiero”³, en ese sentido, los sistemas de salud tienen como principales funciones: La rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

Los sistemas de salud de Latinoamérica se han orientado desde su creación, hacia estratos de la población completamente diferenciados, teniendo en cuenta la ocupación, nivel socioeconómico, grupo étnico, procedencia rural o urbana, etc.; esta particularidad en la que se basaron hizo que los servicios de salud funcionen como sistemas estratificados de acuerdo a la clase de la población a la que atendían, producto de lo cual se llegó a una marcada segmentación y fragmentación de los mismos, y que hasta la fecha persisten en la gran mayoría de los países latinoamericanos.

La Organización Panamericana de la Salud, respecto a este tema nos manifiesta que: “Los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de segmentación y fragmentación. La fragmentación es una causa importante del bajo nivel de desempeño de los servicios y sistemas de salud. La fragmentación puede generar por sí misma, o con otros factores, 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. Por otro lado, la fragmentación puede ser la consecuencia de la acción de otros factores que la causan (ej. financiamiento insuficiente que impide la prestación de servicios integrales), o puede ser un factor que incide sobre otros factores causales, los que a su vez impactan negativamente sobre el desempeño general del sistema (ej. la duplicación de exámenes de laboratorio que trae aparejado un incremento innecesario de los costos, los que a su vez disminuyen el nivel de financiamiento del sistema).”

³ <http://www.who.int/features/qa/28/es/>, Organización Mundial de la Salud, 2005.

Gráfico 1
La relación entre la fragmentación y el desempeño de los servicios de salud



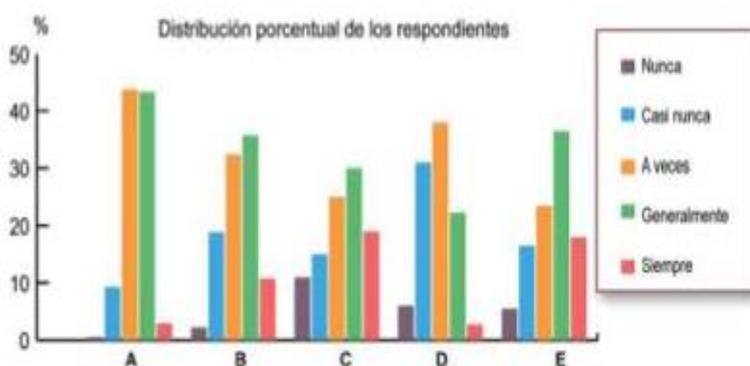
Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

La OPS señala también que “la fragmentación de los servicios de salud se manifiesta de múltiples formas en los distintos niveles del sistema de salud. En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. Algunos ejemplos concretos incluyen la baja capacidad de resolución del primer nivel de atención, el uso de servicios de urgencia para tener acceso a la atención especializada, con lo cual se elude la consulta ambulatoria, la admisión de pacientes a los hospitales cuyos casos podrían haberse resuelto en forma ambulatoria o la prolongación de la estadía en los hospitales por dificultades para dar de alta a los enfermos con problemas sociales. 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. En encuestas realizadas por la OPS, la fragmentación de los servicios de salud es percibida como un problema grave, tanto por los gestores

del primer nivel de atención como por los gestores de la atención especializada. Por ejemplo, solamente 22% de los encuestados del primer nivel de atención y 35% de los gestores/prestadores de la atención especializada consideran que los sistemas de referencia y contrarreferencia entre los niveles de la atención funcionan adecuadamente. Con respecto al sitio de la atención, los encuestados señalaron que cerca del 52% de los pacientes hospitalizados podrían haberse tratado fuera del entorno hospitalario. Por último, sólo 45% de los entrevistados del primer nivel de atención señalaron que los pacientes son examinados por el mismo médico/equipo de salud, es decir, pocos cuentan con una fuente regular de atención.”

Gráfico 2

Encuesta de percepción sobre el nivel de coordinación de la atención de salud en 16 países de América Latina y el Caribe, año 2002.



- A. ¿Son los pacientes vistos por el mismo prestador (doctor / equipo de salud) cada vez que consultan?
- B. ¿Existe un sistema de citas y de seguimiento de las mismas, incluyendo la organización de visitas domiciliarias por parte del equipo de salud?
- C. ¿Se fomenta la adscripción de la población de un área geográfica en listas o registros con un prestador específico o grupo de prestadores de APS?
- D. En la práctica habitual, ¿opera un buen sistema de referencia y contrarreferencia para pacientes según grado de complejidad de éstos?
- E. ¿Existe una política que permita asegurar que los establecimientos de APS cuenten regularmente con una dotación de médicos o enfermeras?

Fuente: OPS/OMS (2004) Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Volúmenes I y II, Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud / Unidad de Organización de Servicios de Salud.

En otro instrumento, la OPS señala también que “Aun cuando el desafío de la fragmentación de los servicios de salud es común en la mayoría de los países de la Región, su magnitud y sus causas principales son distintas dependiendo

de cada situación. No obstante lo anterior, la revisión bibliográfica y las consultas con los países señalaron las siguientes causas principales de fragmentación:

- Segmentación institucional del sistema de salud;
- Descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención;
- Predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicos (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud.
- Separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas;
- Modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria;
- Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria;
- Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos;
- Deficiencias en la definición de roles, nivel de competencias, mecanismos de contratación y disparidades en los salarios del personal de salud;
- Multiplicidad de instituciones pagadoras y de mecanismos de pago de servicios;
- Conductas de la población y de los proveedores de servicios que son contrarias a la integración;
- Trabas jurídicas y administrativas; y
- Prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales que promueven los programas verticales.⁴

- **Definición de Red Integrada de Salud:**

Ahora bien, luego de analizar las consecuencias de la fragmentación de los sistemas de salud, es conveniente ya definir a la Red Integrada de Salud, que según la Organización Panamericana de Salud, se define como: *“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”*.⁵

Esta concepción nos lleva a ver a la red integrada de salud como un todo integrado, cambiando la visión anterior, es decir en este nuevo modelo no es necesario que todos los servicios o actividades operativas que constituyen la

⁴ https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307. OPS, 2010.

⁵ Idem.

cartera de servicios de salud sean de propiedad de un solo establecimiento de salud, ya que a través de alianzas estratégicas o contraprestaciones se pueden complementar, de igual manera, en la atención y desempeño de los recursos humanos, buscando la complementariedad y la continuidad de los servicios brindados a los pacientes, los que serán de mayor beneficio para la población en cuanto a la diligencia de la atención y a la calidad del servicio. Finalmente, se orienta al objetivo de mejorar la accesibilidad, disminuir los costos de producción, evitar la duplicidad de los servicios y la infraestructura, mejorar la eficiencia del sistema y responder a las necesidades y expectativas de la gran mayoría de la población.

Las Redes Integradas de Salud en América Latina.

Desde hace décadas los países en vías de desarrollo de América Latina han ido aumentando su preocupación por consolidar sistemas de salud que cierren brechas en cuanto a la accesibilidad, la equidad y a la eficiencia de la cartera de atención de salud, proponiendo inicialmente una estrategia de atención primaria de salud, dando lugar a modelos estandarizados, que como ya hemos visto anteriormente, dieron como resultado la fragmentación de los servicios brindados, generándose una serie de problemas que han originado mayor ineficiencia de los sistemas de salud, evidenciándose en el debilitamiento de la rectoría del sector y falta de servicios de salud de calidad, llevándonos hacia el aumento de los índices de mortalidad y morbilidad en toda la región.

El análisis de esta problemática originó en el año 2009 que la OPS aprobara la implementación de la Redes Integradas de Servicios de Salud, basadas en la continuidad de la Atención Primaria en Salud (APS), estrategia que fue de adoptada por unanimidad. Sin embargo, hubo muchas discrepancias en su implementación, debido a la falta de políticas públicas que consoliden su funcionamiento y sobre todo a intereses económicos y políticos en cada país, lo que afectó su financiamiento y sostenibilidad.

Es importante ver como en varios países latinoamericanos se han ido implementando las Redes Integradas de Salud con diferentes particularidades:

- *“el caso de Cuba, en donde la salud es un derecho social inalienable y en donde el Estado regula, financia y presta los servicios de salud, con una APS basada en el Modelo Médico y la Enfermera de la Familia (MEF) (...).*
- *(...) Bolivia, Brasil y Chile, se han reorientado los servicios hacia un enfoque en Medicina Familiar y Comunitaria. En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) con su estrategia de Salud Familia, cubre a las familias con mayor vulnerabilidad social y económica. Chile cuenta con un modelo de atención integral en salud que transformó los equipos de salud tradicionales en Centros de Salud Familiar y Comunitaria (CESFAM). Por su parte,*

- Bolivia luego de 15 años de un modelo de salud basado en libre mercado, reformó su sistema con un Modelo de Salud Familiar y Comunitaria Intercultural (SAFCI), que incluye Programas como el de Extensión de Cobertura a Áreas Rurales (EXTENSA). (...)*
- (...) *Colombia en el Plan de Desarrollo del 2014-2018 (Ley 1753 del 2015) bajo el marco de la Ley Estatutaria de Salud, definió la Política de Atención Integral de Salud (PAIS), con un énfasis en APS, Salud Familiar y Comunitaria, con enfoque diferencial y poblacional. También especifica el fortalecimiento del nivel I de atención con la implementación de RISS dado que, uno de los principales problemas del sistema es la fragmentación de la atención, en 1.011 entidades territoriales con 10.051 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y 70 aseguradoras, y en donde la atención de las urgencias de las IPS de mediana y alta complejidad se han convertido en la puerta de entrada a los servicios. Para el desarrollo de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) se ha conformado un modelo operacional denominado Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) que tiene como objetivo el bienestar y cuidado de la salud de la población de un territorio definido por medio de la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, las IPS y otras entidades que pueden ser de otros sectores diferentes a la salud, con el fin de que realicen acciones que incidan sobre los determinantes de la salud. En este Modelo, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) son las unidades básicas de regulación en donde se debe caracterizar la población y sus grupos de riesgo, adaptándose a los territorios y agrupando servicios para autorizaciones integrales, regulando los aseguradores. A partir de las RIAS y del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) se imparten las acciones en “el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el Plan de Beneficios (PB) y las guías de práctica clínica que se asocian con éstas.*

El desarrollo de las RISS en Colombia está en proceso de implementación, por lo que se hace necesario conocer los aportes que otros sistemas de salud basados en APS podrían aportar al país. Es así como este estudio tuvo como objetivo describir los elementos conceptuales y operacionales asociados al desarrollo de las RISS en países de AL con experiencia en el tema. A su vez, el estudio se propuso conocer aportes de programas desarrollados en zonas rurales como en Bolivia.”⁶

Luego de la implementación de las Redes Integradas de Salud en los países señalados, se llegaron las siguientes conclusiones, en cuanto a los factores que posibilitan su éxito:

- “1. La voluntad política en la constitución de las mismas, para que éstas se definan no sólo nominalmente, sino que se lleven a cabo dentro de una política integral de APS.*
- 2. La sostenibilidad financiera de las mismas en aras de garantizar el Derecho a la Salud de las poblaciones, que incluye el financiamiento con impuestos del gobierno, y la eficiencia y transparencia en la aplicación de los mismos.*

⁶ [http://www.rissalud.net/images/documentospdf/1791-5463-1-PB%20\(1\).pdf](http://www.rissalud.net/images/documentospdf/1791-5463-1-PB%20(1).pdf). Pontificia Universidad Javeriana Cali- Colombia. 2017.

3. *Se destaca el papel de la APS como coordinadora a través de la conformación de equipos interdisciplinarios con población definida territorialmente, los cuales actúan como coordinadores en la integración de los diferentes niveles de complejidad y dentro de una organización del sistema de salud regionalizado de base municipal.*
4. *La conformación de una alianza público-privada, la cual está sujeta a las necesidades de salud de la población.*
5. *Inversión en infraestructura, en los cuatro países se encuentran inversiones importantes para lograr accesibilidad de la población, especialmente en zonas de alta ruralidad.*
6. *La evaluación de redes desde el concepto de la integración de las mismas, se debe realizar un proceso sistemático y continuo que incluyan indicadores de estructura, proceso y resultados definidos de acuerdo al contexto de cada territorio y desde los diferentes niveles de intervención, junto con un análisis cualitativo que tenga en cuenta la satisfacción de los usuarios y la resolución de sus necesidades.*

Cuba, Brasil y Bolivia cuentan con redes integradas de salud en el marco de la APS acordes con las definiciones constitucionales sobre la defensa del derecho humano a salud. Estas redes son universales y facilitan el acceso a la población, aun cuando cuentan con diferentes niveles de desarrollo. Por su parte, Chile con un modelo de salud mixto, público-privado cuenta con mayores obstáculos de integración de sus redes y supedita el acceso a la capacidad de pago. En este caso, las redes de salud públicas basadas en APS no resultan rentables, son muy poco valoradas económica y conceptualmente porque se contraponen con la política de productividad de los hospitales y establecimientos de salud. Colombia tiene lecciones por aprender en su proceso de implementación de las RIAS, en especial de sistemas universalistas. No obstante, para ello se requiere hacer coherente la Ley Estatutaria en Salud con el modelo de operación del sistema.”⁷

Las experiencias en América Latina ya se han extendido a varios países, sin embargo, es fundamental implementar esta estrategia de manera armónica con la ejecución de políticas públicas, financiamiento y en especial con el nivel de capacitación permanente al personal de la salud que tendrá a su cargo el desarrollo de esta estrategia. De igual forma, es importante mencionar que el nivel de voluntad política juega un rol primordial en este tema, pues la falta de buenos resultados en los diferentes países que ya han implementado las RIS, pasan por la ausencia de este elemento, que, en muchos de los casos, van en contra de la implementación de sistemas de salud modernos y eficientes en favor de la población.

A continuación, presentamos un cuadro resumen de las iniciativas y esfuerzos realizados respecto a la implementación de las redes integradas de salud en varios países de Latinoamérica y el Caribe, que nos muestran un panorama amplio de cómo se debería proceder en la puesta en marcha de esta estrategia,

⁷ Idem.

con la finalidad de que los resultados sean auspiciosos y tangibles, y que nos permita ir ajustando las deficiencias en cada nivel de ejecución.

Gráfico 3

Iniciativas seleccionadas de esfuerzos de integración de servicios de salud en países de América Latina y el Caribe.

País	Iniciativa	Objetivo
Argentina (a)	Ley de Creación del Sistema Federal Integrado de Salud	Lograr la integración armónica de las partes que componen el sistema de salud, bajo una coordinación adecuada, en una red que obedezca a un plan nacional y responda con racionalidad y eficacia a las necesidades de la población, medidas a partir de la elaboración de un mapa sanitario.
Bolivia (b)	Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios	Establecer redes de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, que puedan pertenecer a uno o varios municipios, articulados y complementados con la medicina tradicional, en el marco de la interculturalidad y la estructura social en la gestión de salud.
Brasil (c)	Más Salud: Derecho de Todos 2008-2011	Integrar las acciones de promoción, prevención y asistencia en una perspectiva amplia de atención a la salud, recuperando el papel de inductor del Gestor Federal, de modo de articular la organización de redes de salud con una perspectiva de modelo de desarrollo orientado hacia la equidad en su dimensión personal y territorial.
Chile (d)	Redes asistenciales basadas en la atención primaria	Desarrollar redes de salud a través del diseño de políticas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad, respeto de los derechos y dignidad de las personas.
El Salvador (e)	Ley de creación del Sistema Nacional de Salud	Establecer un modelo de organización de los establecimientos de salud de los miembros del sistema en redes funcionales para la prestación de servicios de salud a la población en condiciones de calidad, equidad y continuidad.
Guatemala (f)	Modelo coordinado de atención en salud	Ejecutar un modelo de atención integral entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para la prestación del Paquete de Servicios Básicos en los Departamentos de Escuintla y Sacatepéquez. Esta experiencia duró solamente hasta el año 2003.
México (g)	Integración funcional del sistema de salud	Propiciar la convergencia (de los servicios de salud) y la portabilidad (del seguro de salud) entre distintas instituciones del sector tales como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, Petróleos Mexicanos y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

País	Iniciativa	Objetivo
Perú (h)	Lineamientos para la conformación de redes	Promover la formación de redes plurales de proveedores, de entidades públicas renovadas y privadas con servicios acreditados y categorizados, fomentando la competencia, eficacia, eficiencia y calidad en la atención de toda la población, sin exclusiones.
República Dominicana (i)	Modelo de red de los servicios regionales de salud	Crear formas organizativas y de funcionamiento del modelo de atención que tiendan a prestar servicios de una manera más racional e integral, tomando como punto de partida a la familia y la relación de ésta con los procesos sociales.
Trinidad y Tabago (j)	Experiencia de la Autoridad de Salud de la Región del Este	Crear una red integrada de servicios de salud entre los establecimientos de atención primaria (policlínicos y centros de salud) y el Hospital Sangre Grande.
Uruguay (k)	Sistema Nacional Integrado de Salud	Implementar un modelo de atención integral basada en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de los usuarios, incluidos los cuidados paliativos.
Venezuela (l)	Red de salud del Distrito Metropolitano de Caracas	Reorientar el modelo de atención basada en las necesidades de calidad de vida y salud de la población y dirigido a la estructuración de redes de salud integradas con respuestas regulares, suficientes, oportunas y equitativas a estas necesidades, asegurando universalidad y equidad.

FUENTES: (a) Ministerio de Salud (2008). Borrador para el debate: Ley de Creación del Sistema Federal Integrado de Salud: Proyecto de Creación del Sistema Federal Integrado de Salud: convocatoria a un debate amplio y fecundo, (borrador no publicado, copia disponible a solicitud); (b) Ministerio de Salud y Deportes (2008). Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios; (c) Ministério da Saúde (2008). Mais Saúde: Direito de todos 2008-2011; (d) Ministerio de Salud (2008). Misión Institucional de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. <http://www.redsalud.gov.cl/conozcanos/subsecretades.html>; (e) Ministerio de Salud (2008). Reglamento de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. Decreto Ejecutivo no. 82, Diario oficial http://www.mspas.gob.sv/pdf/documentos_SNS/Reglamento_ley_sistema_nacional_salud.pdf; (f) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Experiencias/lecciones aprendidas de coordinación/integración de sistemas y redes de servicios de salud, Guatemala, junio 2008. Presentación no publicada (copia disponible a solicitud); (g) Consejo Nacional de Salud (2008). Resumen de aportes de la consulta nacional de México sobre la propuesta de los SISS, México, DF, 3 de noviembre de 2008. Informe de taller no publicado (copia disponible a solicitud); (h) Ministerio de Salud (2002). Lineamientos para la conformación de redes (copia disponible a solicitud); (i) Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (2005). Modelo de red de los servicios regionales de salud: una guía para el desarrollo de los servicios de salud para la atención a las personas. (j) PAHO Trinidad and Tobago. National Consultation on Integrated Delivery Systems, Kapok Hotel, 16-18 Cotton Hill, St. Clair. Informe de taller no publicado (copia disponible a solicitud); (k) República Oriental del Uruguay. Cámara de Senadores (2007). Sistema Nacional Integrado de Salud: creación. XLVI.a Legislatura; (l) Distrito Metropolitano de Caracas. Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2005). Taller sobre "Definición de Redes de Servicios de Salud del Distrito Metropolitano de Caracas".

En definitiva, las RIS no se pueden implementar de una sola manera, sino de manera particular en cada país de la región, debido a las particularidades de cada sistema de salud, acompañado por políticas públicas que hagan realidad su mejor

funcionamiento, es así que las redes requieren el cumplimiento de ciertos atributos que beneficiará su desempeño, estos atributos son los siguientes:

Gráfico 4



Fuente: OPS

Redes Integradas de Salud en el Perú.

En nuestro país, hace varios años, se han dado inactivas sobre la implementación de las Redes Integradas de Salud, en una primera fase se establecieron los lineamientos para la conformación de redes, con el objetivo fundamental de promover la formación de redes plurales de proveedores, de entidades públicas renovadas y privadas con servicios acreditados y categorizados, fomentando la competencia, eficacia, eficiencia y calidad en la atención de toda la población, sin exclusiones; posteriormente, como veremos más adelante se implementaron las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud, a través del Decreto Legislativo N° 1166.

Siguiendo la corriente iniciada en varios países de la región, en el Perú se empezó a gestar la conformación de las Redes Integradas de Servicios de Atención Primaria de Salud, en abril de 2014. El entonces Viceministro de Salud José del Carmen Sara hizo de conocimiento público el proceso de Reforma en Salud, dentro del cual se establecía la implementación las redes integradas de salud, iniciando con la Red integrada de salud de servicios de atención primaria de salud del distrito de San Juan de Lurigancho, en Lima.

Cabe mencionar que en dicho proceso fue de gran ayuda el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud; en dicho marco se inició acciones con la finalidad de universalizar la cobertura poblacional en atención de salud en ese distrito, esto en conformidad y en cumplimiento del Decreto Legislativo N° 1166 que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud. A partir de la presente disposición se realizaron las primeras reuniones técnicas de coordinación con las instituciones prestadoras de servicios de salud que brindan servicios en este distrito, tanto públicos (SISOL, ESSALUD, INPE-Penal de Lurigancho, Sanidad PNP); como privados (Clínica Lima Tambo, parroquias, ONG's y otros), dándose inicio a un proceso que ha ido en crecimiento.

El Decreto Legislativo 1166 define a las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud como “el conjunto de IPRESS públicas, privadas o mixtas que se articulan funcionalmente a través de acuerdos de carácter institucional o contractual para prestar servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud a una población definida y ubicada. En un espacio geográfico determinado. Asimismo, coordina con las diferentes entidades públicas y privadas que actúan en su ámbito geográfico para el abordaje de los determinantes de la salud.”⁸

⁸ <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1166.pdf>.

Otro paso en la misma dirección ha sido el desarrollo del “Taller de capacitación y asistencia técnica en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)”, evento organizado por la Dirección Regional de Salud Tumbes y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) Perú, con lo cual se pone énfasis en el proceso de seguir integrando los servicios de salud en redes, además de fortalecer las capacidades y habilidades de los directivos y jefes de los establecimientos de salud de la región en relación al marco conceptual y metodológico de la Estrategia Regional de Redes Integradas de Servicios de Salud. Luego del evento se realizó la vista a diferentes establecimientos de salud de Tumbes con la finalidad de iniciar la implementación de las Redes Integradas de Salud en la región Tumbes.

En lo que va del año, se han realizado acciones importantes respecto a este tema. En el mes de junio del presente año se llevó a cabo la XXVII Reunión Ordinaria de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS), la misma que se llevó a cabo entre el Ministerio de Salud (Minsa) y los gobiernos regionales, cuyo objetivo fue fortalecer la implementación de las Redes Integradas de Salud (RIS) a escala nacional, para mejorar los servicios en los establecimientos del primer nivel de atención en beneficio de los ciudadanos, comprometiéndose todos a ejecutar acciones inmediatas para agilizar el proceso de implementación de las RIS.

Para dicho proceso, la titular del sector doctora Silvia Pessah Eljay se comprometió a brindar asistencia técnica a las Diresa para la conformación de las RIS en las mancomunidades y la implementación del sistema de citas en línea, historia clínica electrónica y la Red Nacional de Telesalud.

Finalmente, cabe mencionar el pronunciamiento de los exministros de Salud de diferentes periodos gubernamentales, quienes respaldaron la iniciativa del Ejecutivo por implementar la RIS en todo el territorio nacional, teniendo como fundamento de su implementación un enfoque territorial y de continuidad de la atención de salud para todos los peruanos, pues se prevé que las RIS orientarán su organización y gestión a la búsqueda de calidad, eficiencia y efectividad, con mecanismos de participación individual y colectiva en materia de salud, con acciones intersectoriales.

VII. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

Efectos cualitativos de los involucrados de aprobarse la iniciativa legislativa

Involucrados	Efectos directos ⁹	Efectos indirectos ¹⁰
Población	<ul style="list-style-type: none"> ○ Contará con una ley que establece las disposiciones para el funcionamiento de las redes integradas de salud. ○ Contará con una oferta articulada de intervenciones y servicios que atienda las demandas de salud en un espacio geográfico determinado y con enfoque de continuidad de la cartera de atención de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ La población contará con mayores posibilidades en recuperar la salud ○ Recibirá una cartera de atención de salud en Red que responda a las necesidades de la población.
Ministerio de Salud Gobierno Regional	<ul style="list-style-type: none"> ○ Deberá aprobar la programación del personal de salud de los establecimientos de salud de las RIS. ○ Brindar la información que transparente la situación de salud de la comunidad y la cartera de atención de salud que requiera en cada una de las RIS. ○ Dotar de infraestructura, recursos humanos y materiales para la ejecución de lo propuesto. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Contará con un servicio de atención ágil y de respuesta inmediata a los requerimientos de la población. ○ Atención efectiva a la población que busca la recuperación de su salud.

Elaboración: Comisión de Salud y Población.

VIII. CONCLUSIÓN

Por lo expuesto, la Comisión de Salud y Población, de conformidad con el literal b) del artículo 70° del Reglamento del Congreso de la República, recomienda la APROBACIÓN del Proyecto de Ley 2400/2017-CR “Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las redes integradas de salud – RIS”, con el texto sustitutorio siguiente:

⁹ Son los impactos que se producen como consecuencia directa de la norma (tomado de *la Guía para la evaluación de proyectos de ley*, p. 30).

¹⁰ Son los impactos que se producen como consecuencia de los efectos directos o cambios producidos de forma inmediata por la norma (tomado de *la Guía para la evaluación de proyectos de ley*, p. 30).

TEXTO SUSTITUTORIO

El Congreso de la República

Lima, setiembre de 2018.

LEY QUE ESTABLECE LA CONFORMACIÓN Y EL FUNCIONAMIENTO DE LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD - RIS

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto establecer el marco normativo para la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud - RIS a nivel nacional.

Artículo 2. Definiciones

Para efectos de la presente ley se tiene en cuenta las siguientes definiciones:

- 1. Red Integrada de Salud - RIS.** 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.
- 2. Cartera de Atención de Salud.** Conjunto de las diferentes atenciones que brinda un establecimiento de salud, basado en sus recursos humanos y recursos tecnológicos. En el caso de establecimientos de salud públicos, la Cartera de Atención de Salud responde a las necesidades de salud de la población y a las prioridades de políticas sanitarias sectoriales.
- 3. Establecimientos de Salud.** Son aquellos que realizan atención de salud en régimen ambulatorio o de internamiento, con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para mantener o restablecer el estado de salud de las personas.

Artículo 3. Ámbito de aplicación

Las RIS operan a través de una cartera de atención de salud en redes que atiende a las necesidades de la población, en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales.

Los demás establecimientos de salud públicos y los establecimientos de salud privados, en lo que corresponda, pueden conformar las Redes Integradas de Salud, mediante el intercambio prestacional u otros mecanismos de articulación que establezca el reglamento de la presente ley.

Artículo 4. Conformación de las RIS

Las RIS se conforman teniendo en cuenta:

1. La delimitación territorial y poblacional.
2. La complementariedad de la cartera de atención de salud, por establecimientos de salud de 12 y 24 horas, y la continuidad de la atención del usuario, con el objetivo de prestar servicios de salud pública, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según lo que establezca el reglamento.

Artículo 5. Funciones de las RIS

Las RIS tienen a su cargo las siguientes funciones:

1. Ejecución de procesos de gestión basados en resultados, entre los que se incluye la programación del personal de la salud de los establecimientos de salud públicos a su cargo, bajo el principio de complementariedad.
2. Oferta de una cartera de atención de salud que responda a las necesidades de la población.

Artículo 6. Cartera de atención de salud de las RIS

La cartera de atención de salud de la RIS considera las actividades operativas que se detallan a continuación:

1. Prestaciones recuperativas, cuidados paliativos y de rehabilitación.
2. Intervenciones preventivo – promocionales en prioridades sanitarias.
3. Actividades de salud pública.
4. Actividades en emergencias y gestión de riesgos de desastres.
5. Actividades de docencia.
6. Actividades de investigación.
7. Actividades de coordinación intersectorial y social.

Las actividades de la cartera de atención de salud deben contar con interoperabilidad de los recursos tecnológicos.

Artículo 7. Rendición de Cuentas.

Los gobiernos regionales rinden cuenta sobre el desempeño de las RIS, con arreglo a lo establecido en el artículo 24 de la Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Asimismo, rinden cuenta al Ministerio de Salud.

Artículo 8. Informe al Congreso de la República.

El Ministerio de Salud informa anualmente sobre el desempeño de las RIS, en sesión de la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

ÚNICA. El Poder Ejecutivo aprueba el reglamento de la presente ley en un plazo no mayor a 60 días hábiles, contados a partir de su entrada en vigencia.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

ÚNICA. Derógase el Decreto Legislativo 1166, Decreto Legislativo que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.

Edwin Donayre Gotzch
Presidente