

Proyecto de Ley N° 2400/2017-CR



LUIS HUMBERTO LÓPEZ VILELA

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"



**LEY QUE ESTABLECE DISPOSICIONES
PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS
REDES INTEGRADAS DE SALUD**

A iniciativa del Congresista LUIS HUMBERTO LÓPEZ VILELA del Grupo Parlamentario Fuerza Popular, y en virtud de las facultades previstas en el artículo 107° de la Constitución Política del Estado en concordancia con los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presenta el siguiente proyecto de Ley.

FÓRMULA LEGAL

El Congreso de la República
Ha dado la siguiente Ley:

**LEY QUE ESTABLECE DISPOSICIONES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE
LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD**

84 863-ATD

Artículo 1. Objeto

La presente Ley tiene por objetivo establecer el marco normativo para la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud a nivel nacional.

Artículo 2.- Finalidad

La presente Ley tiene por finalidad articular la oferta de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (en adelante, IPRESS) públicas a nivel nacional, brindando una Cartera de Atención en Salud en Red que responda a las necesidades de la población.

Artículo 3.- Ámbito de Aplicación

La presente Ley es de aplicación para las IPRESS públicas del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales.

Las otras IPRESS públicas podrán conformar las Redes Integradas de Salud, mediante el intercambio prestacional u otro mecanismo de articulación.

Artículo 4.- Criterios para conformación de las Redes Integradas de Salud

Las Redes Integradas de Salud se constituyen teniendo en cuenta la delimitación del territorio y población; y se conforman por IPRESS de 12 y 24 horas, bajo criterios de complementariedad de la Cartera de Atención de Salud y la continuidad de la atención de salud del usuario, con el objetivo de prestar servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Las Redes Integradas de Salud pueden conformar Redes de Salud que son funcionales, las cuales tendrán población adscrita.

Artículo 5.- Funciones de las Redes Integradas de Salud

Las Redes Integradas de Salud tienen a su cargo los procesos de gestión basados en resultados en su ámbito jurisdiccional, desarrollando los procesos operativos de la Autoridad Sanitaria Regional o la que haga de sus veces.

Artículo 6.- Cartera de Atención de Salud de la Red Integrada de Salud

La cartera de atención de salud de las IPRESS públicas que funcionen en Red Integrada de Salud, deberá considerar las actividades operativas que se detallan a continuación.

- 6.1. Prestaciones recuperativas, cuidados paliativos y de rehabilitación
- 6.2. Intervenciones (preventivo-promocionales) en prioridades sanitarias.
- 6.3. Actividades de Salud Pública referidas a Información y vigilancia en la protección de la salud, promoción en salud y participación de la comunidad en la salud, laboratorio de salud pública, alimentación e inocuidad alimentaria, productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos.
- 6.4. Actividad de Emergencias y Desastres
- 6.5. Actividad de Docencia
- 6.6. Actividad de Investigación
- 6.7. Actividades de Coordinación intersectorial y social.

Artículo 7.- Interoperabilidad de los Recursos Tecnológicos en las Redes Integradas de Salud

Las Redes Integradas de Salud deberán operar con los recursos tecnológicos integrados e interoperabilizables, utilizando las herramientas necesarias para su funcionamiento, con el objetivo de fortalecer los procesos de transparencia, participación, vigilancia ciudadana y gobernanza.

Artículo 8.- Programación del personal de la salud

El gestor de la Red Integrada de Salud aprueba la programación del personal de la salud de las IPRESS públicas a su cargo, bajo el principio de complementariedad.

Artículo 9.- Rendición de cuentas a la comunidad

Las IPRESS públicas de los Gobiernos Regionales y del Ministerio de Salud rinden cuentas periódicamente a su comunidad sobre los resultados de la gestión sanitaria y administrativa de la Red Integrada de Salud.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIA FINAL

ÚNICA.- El Poder Ejecutivo, en un plazo no mayor 60 días calendarios aprueba la Reglamentación de la presente norma.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIA DEROGATORIA

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

Handwritten signature: Nelly Cusinos

Handwritten signature: ARMBORO

Handwritten signature: Guillermo Martorell Sobero
GUILLERMO MARTORELL SOBERO
Congresista de la República
Lima, noviembre de 2017.

Handwritten signature: Miguel Angel Etias Avalos
MIGUEL ANGEL ETIAS AVALOS
Congresista de la República



Handwritten signature: Dr. Luis H. López Vilela
DR. LUIS H. LÓPEZ VILELA
Congresista de la República

Handwritten signature: Marco E. Miyashiro Arashiro
MARCO E. MIYASHIRO ARASHIRO
Congresista de la República

Handwritten signature: Carlos Dominguez Herrera
CARLOS DOMINGUEZ HERRERA
Congresista de la República



Handwritten signature: Juan Carlo Yuyes Meza
JUAN CARLO YUYES MEZA
Congresista de la República

Handwritten signature: Daniel Salaverry Villa
Daniel Salaverry Villa
Portavoz
Grupo Parlamentario Fuerza Popular

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 09 de FEBRERO del 201.....

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición N° 2400 para su estudio y dictamen, a la (s) Comisión (es) de SALUD Y POBLACION.

JOSÉ F. CEVASCO PIEDRA
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPUBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. MARCO LEGAL

Esta iniciativa se fundamenta en las siguientes normas:

- Constitución Política del Perú.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dicta disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud.

1.1. En el marco del eje de rectoría y gobernanza del sistema; se emitió el Decreto Legislativo N° 1158, que tiene por objeto disponer las medidas destinadas al fortalecimiento de las funciones que actualmente desarrolla la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, con la finalidad de promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien la financie.

1.2. En dicho dispositivo legal, se establece en el artículo 7° que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

- 1.3. La Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobada por Decreto Legislativo N° 1161, señala en el artículo 4° 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 la presente Ley y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva. En ese sentido, el Ministerio de Salud, como ente rector, tiene la competencia indelegable de normar en el ámbito de su competencia, es decir; en materia de: 1) Salud de las Personas; 2) Aseguramiento en salud; 3) Epidemias y emergencias sanitarias; 4) Salud ambiental e inocuidad alimentaria; 5) Inteligencia sanitaria; 6) Productos farmacéuticos y sanitarios, dispositivos médicos y establecimientos farmacéuticos; 7) Recursos humanos en salud; 8) Infraestructura y equipamiento en salud; 9) Investigación y tecnologías en salud .
- 1.4. La Primera Disposición Complementaria del referido dispositivo legal indica que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establece la Ley N° 26842, Ley General de Salud que tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad en materia de salud. Su finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación en salud de la población.
- 1.5. Mediante Ley N° 30073, el Congreso de la República delegó en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud y fortalecimiento del sector salud, por el término de ciento veinte (120) días calendario. En el marco de las facultades legislativas se expidieron 22 decretos legislativos, los cuales se basaron en cuatro (04) ejes de reforma: Fortalecimiento de la Rectoría; Extensión de la cobertura; Mejora de los servicios de salud; así como, Financiamiento.
- 1.6. En el marco de la Ley antes señalada, el Poder Ejecutivo promulga el Decreto Legislativo N° 1166, Decreto Legislativo que aprueba la conformación y

funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS), y señala que en un plazo de 180 días, mediante Decreto Supremo, se aprueba su Reglamento.

1.7. Finalmente, es necesario tener en cuenta que mediante la Resolución Ministerial N° 167-2017/MINSA se aprueban los "Lineamientos para la Prestación de Servicios de Salud en las Redes de Servicios de Salud (Redes Integradas de Atención Primaria de Salud)", el cual tiene por objetivo establecer lineamientos que orienten la prestación de servicios en las redes de servicios de salud, los cuales deberán estar centrados en la persona, su familia y comunidad; y garantizar la cobertura y calidad de los servicios de salud, oportunos y resolutivos. El referido dispositivo legal señala que el funcionamiento de las IPRESS en Red Integrada de Salud, debe considerar los siguientes Lineamientos:

- Lineamiento 1: Las redes de servicios deben establecerse en función del territorio, su población y accesibilidad y el servicio debe estar centrado en la persona.
- Lineamiento 2: La oferta de servicios de salud debe determinarse en base a las necesidades de salud de la población de la red.
- Lineamiento 3: Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) deben garantizar la continuidad de la atención a través del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Lineamiento 4: Los recursos humanos deben asignarse y programarse de manera eficiente para la prestación de la cartera de servicios de la red.
- Lineamiento 5: Se deben utilizar las tecnologías de información para apoyar a la gestión.
- Lineamiento 6: Se requieren servicios de soporte logísticos para el funcionamiento adecuado de la red.
- Lineamiento 7: Las redes deben gestionarse con énfasis en procesos y resultados, sin descuidar la humanización del sector.

- 1.8. Teniendo en cuenta los Lineamientos para la Prestación de Servicios de Salud en las Redes de Servicios de Salud, corresponde que se establezca el marco normativo que se oriente a fortalecer el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud, lo cual contribuirá al fortalecimiento y gestión eficiente del sistema de salud para que estos sean accesibles, equitativos y de calidad; así como también, responder a las demandas de salud de la población a través de una oferta de servicios articulada, moderna, interconectada y con recursos humanos revalorizados.

II. SUSTENTO TÉCNICO

El Estado Peruano tiene el deber de garantizar la protección del ejercicio al derecho a la salud de las personas, conforme a lo establecido en la Constitución Política del Perú¹, así como al reconocimiento y amparo que ha recibido este derecho fundamental en 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 Perú, que 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. Este marco normativo en su conjunto reconoce que el derecho a la salud constituye un deber para el Estado del más alto nivel en aras de salvaguardar una vida digna de las personas.

¹ Constitución Política del Perú, artículos 7 y 9.

"Artículo 7°.- 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 respecto de su dignidad y aun régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.
(...)

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 tiene 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".

En razón de ello, el Estado Peruano se encuentra obligado adoptar las medidas legislativas que garanticen el pleno goce y disfrute del derecho a la salud de las personas, sin establecer prohibiciones regresivas o limitativas del ejercicio al mencionado derecho fundamental⁵.

La salud constituye una condición indispensable para el desarrollo humano y, por ello, es un medio para alcanzar el bienestar individual y colectivo; en la medida que es responsabilidad del Estado regularla y promoverla.

El artículo 9 de la Constitución Política establece que el Estado determina la política nacional de salud, por ello, corresponde al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación, la misma que debe realizarse según el enfoque de descentralización a fin de garantizar el acceso a los servicios y a las prestaciones de salud, tal como lo dispone el artículo 11 de la Constitución Política del Perú.

Asimismo, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, en su artículo 37°, establece que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional.

Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, señala, en su artículo 3°, que el aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad

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

⁵ Informe Defensorial N° 161 "Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS): Resultados de la supervisión nacional a hospitales". Series de Informes Defensoriales, Lima, 2013, p. 24.

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 antes citada 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. Esto se ve reforzado, con lo dispuesto en la primera disposición complementaria final de la norma precitada, 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 formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad en materia de salud. Su finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación en salud de la población.

Por su parte, en el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, se dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas. Asimismo, los literales a) y b) de su artículo 5, establecen que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, el formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación 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. Mientras que el literal a) de su artículo 7 refiere que en el marco de sus competencias el Ministerio de Salud cumple la función específica de regular la organización y prestaciones de servicios de salud.

Por lo antes expuesto, el Ministerio de Salud, como organismo rector del sector salud, tiene entre sus funciones dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, así como la gestión de los recursos del sector; teniendo dentro del ámbito de competencia los recursos humanos en salud.

FRAGMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN

Actualmente, el Sistema de Salud en el Perú se encuentra fragmentado, pues sus múltiples unidades y establecimientos, no se encuentran integrados en una red de salud; asimismo, coexisten 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.

La fragmentación conduce a la formación de redes de servicios que no funcionan de manera articulada, sino que tienden a desconocerse o competir entre sí, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo. La segmentación conduce a calidades diferenciadas en el cuidado y a resultados de salud diferenciados, lo que profundiza la inequidad en el acceso a la atención de salud entre los diferentes grupos de población, y contribuye a la ineficiencia del sistema.

Los problemas del sistema y modelo de salud peruano, comunes a los sistemas de salud de América Latina, consisten en una excesiva prestación de servicios en el nivel hospitalario, ineficiente funcionamiento de la atención primaria, descoordinación entre los niveles de atención, fragmentación de los servicios de salud, excesivo uso de los especialistas y de la tecnología; conllevando a preocupantes índices de sobrecostos en la entrega de los servicios.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), que conforme al artículo 7° del Decreto Legislativo N° 1158 son "aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados y por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud", no cuentan con un marco de redes de salud en el que la atención integral de salud esté basada en la persona, la familia y la

comunidad. Tampoco existe una articulación efectiva entre los Hospitales y las IPRESS del primer nivel de atención.

En la práctica, esta fragmentación y segmentación se expresa en la falta de acceso a los servicios de salud, en la débil capacidad resolutoria de los establecimientos de salud de primer nivel de atención, en la falta de congruencia de los servicios ofertados con las necesidades de los usuarios, en la pérdida de la continuidad de la atención, en el interés por los procesos de curación en vez de priorizar acciones de promoción y prevención de la salud, en el insuficiente funcionamiento de la referencia y contrarreferencia desde el primer nivel hacia otros niveles de atención, en la prestación de servicios de baja calidad, en la poca satisfacción de los usuarios por la baja calidad de los servicios ofertados, en el uso irracional e ineficiente de los recursos y en el incremento del gasto de bolsillo; lo que se traduce en un pobre desempeño en general del sistema de salud.

Cabe indicar que en los sistemas de salud fragmentados, existe una jerarquía en consumo de recursos y de preeminencia de enfoques curativos, a partir de los hospitales por encima de otros niveles de atención; a diferencia de los modelos integrados, en el que los hospitales son un integrante más de la red y cuyo desempeño está mediado por el primer nivel de atención, con énfasis en la estrategia preventiva y promocional. Mientras que la respuesta del sistema fragmentado es "reactiva y episódica", según la demanda de los usuarios, en los sistemas operados por redes, tiende a ser "proactiva y continua", basada en un plan de cuidados para cada persona, según su ciclo de vida.

En respuesta a la problemática planteada, con la dación del Decreto Legislativo N° 1166, surgen las Redes Integradas de Salud como nuevo modelo de atención, las que tenían como propósito articular la oferta de servicios con las necesidades de salud de la población asignada, lo que permitiría generar las condiciones apropiadas para un mejor uso de la capacidad instalada en el país; sin embargo, dicha regulación no funcionó por ser demasiada rígida y densa, máxime si su Reglamento nunca se aprobó.

ENFASIS EN LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es de consenso, que un Sistema de Salud resulta más eficaz en la medida que enfatice la prevención en vez de la curación, sin embargo, el paradigma curativo aún vigente entre gestores de la salud y políticos, suscitan limitada claridad sobre el concepto, sujeto a diferentes interpretaciones, y dificultando su implementación.

Una intervención con el enfoque de la prevención tiene ventajas y resultados probados, requiere menor inversión que la curación, y para implementarla se requiere adecuar la estructura del Sistema de Salud orientándola a la integración e intercambio, adecuar los lineamientos de las entidades formadoras de los recursos humanos en salud, así como difundir entre la población una mayor valoración por el enfoque preventivo.

La alternativa a nuestro sistema de salud actual, centrado en la enfermedad, implica incidir en el abordaje de las atenciones en red de salud buscando generar cambios en las condiciones de vida, que definen la calidad de vida de la población, en el marco de una articulación de alcance intersectorial.

PROPUESTA DE RED INTEGRADA

La revisión de experiencias en redes de salud, evidencian las ventajas de los sistemas de atención integrados, en algunos de los aspectos antes enunciados, además de presentar muy distintas modalidades y expresiones de integración. En las experiencias exitosas de funcionamiento de redes, se han evidenciado varias dimensiones de integración que contribuyen a subsanar algunas de las insuficiencias constatadas en los sistemas de salud segmentados y fragmentados.

La finalidad de las Redes integradas es garantizar el derecho de las personas a la protección integral de su salud a través del acceso universal progresivo a la gama de servicios necesarios para preservar y recuperar la salud en iguales condiciones de oportunidad y calidad, mejorar la calidad de la atención y generar confianza por parte

de los usuarios. Las Redes integradas se constituyen cada vez más en una tendencia en el mundo, que busca contrarrestar las actuales distorsiones en la evolución de los sistemas de salud y que se pueden sintetizar en los siguientes aspectos:

- Sistemas de salud demasiado centrados en una oferta restringida de atención curativa especializada.
- Sistemas de salud que, por aplicar un enfoque de mando y control a la lucha contra las enfermedades, se centran en resultados a corto plazo.
- Los sistemas de salud que basan la gobernanza (capacidad para obtener resultados) en la no intervención, permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada.
- Adscripción de las redes integradas, a la organización territorial de carácter político-administrativa, sin tomar en cuenta el flujo sanitario de la población; incipiente incorporación de metas y objetivos sanitarios a los objetivos de desarrollo territorial.
- Participación social pasiva en los sistemas fragmentados, mientras que este aspecto, está mediado por distintas formas de participación, que van desde mecanismos de participación operativa y sistemas de vigilancia ciudadana de los servicios de salud.

En ese sentido, se propone con la iniciativa legislativa, establecer el objeto y finalidad de la misma, así como plantear las bases para el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud, tales como: los principios básicos, su conformación y la oferta mínima de la atención en salud.

Asimismo, se propone que sea el Ministerio de Salud, como autoridad nacional de salud, el ente que establezca y apruebe los instrumentos y mecanismos necesarios para el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud.

Con la aprobación de esta norma, se garantizaría una efectiva transferencia de conocimientos, técnicas y características distintivas, entre hospitales y establecimientos

de salud del primer nivel de atención; así como el derecho de las personas a la protección integral de su salud, a través del acceso universal a una atención en igualdad de condiciones, oportunidad y calidad, bajo el principio de complementariedad y con un enfoque territorial.

Bajo esta línea, las Redes Integradas de Salud se articularán siguiendo el Modelo de Atención Integral de Salud, más conocido por sus siglas MAIS, el mismo que según la Organización Panamericana de la Salud, se entiende como el conjunto de intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, provistas de manera integral, integrada y continua por la IPRESS o la red de salud, con calidad y equidad, teniendo como eje de intervención de la persona, familia y comunidad.

El Modelo de Atención Integral de Salud, representa el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud. Este modelo consiste en un sistema organizado basado en un enfoque biopsicosocial, el cual está dirigido a la población sana y enferma, en el que se incorpora, con especial énfasis, la dimensión preventivo-promocional en la atención a la salud y la participación de la comunidad.

Para poder desarrollar el modelo de atención de las redes integradas de salud es necesario que el Ministerio de Salud determine los alcances referidos a la oferta de atención de salud, la conformación y articulación del modelo de atención, así como las condiciones para su funcionamiento.

Atributos de la Red Integrada de Salud

En el estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas"⁶ se indica que por la variedad de contextos de los sistemas de salud en América Latina, no es posible prescribir un único modelo

⁶ Washington, D.C.: OPS, © 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4) Pag 36

organizacional de las Redes Integradas de Salud; sin embargo, la experiencia acumulada en los últimos años indica que las Redes de Salud requieren de algunos atributos esenciales para su adecuado funcionamiento, siendo los siguientes:

Atributos esenciales de las RISS

Ámbitos de Abordaje	Modelo asistencial	1	1									
		Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud	2	2	2							
				Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública	3	3	3					
						Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población	4	4	4			
								Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios	5	5	5	
										Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud	6	6
	Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población											7
	Gobernanza y estrategia	7	7	7								
			Un sistema de gobernanza único para toda la red	8	8	8						
					Participación social amplia	9	9					
	Organización y gestión	8	9	9								
			Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud	10	10	10						
					Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico	11	11	11				
							Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red	12	12			
Asignación e incentivos	13	12	12									
		Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes	13	13	13							
13	14			14	14							
		Gestión basada en resultados	15	15								
14	16	16	16									
		Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red	17	17								

Es por ello, que en el proyecto de ley se ha incorporado los atributos que serán aplicables a las Redes Integradas de Salud a nivel nacional; en concordancia con el marco legal aplicable.

LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD SE ALINEAN LA AGENDA DE SALUD SOSTENIBLE PARA LAS AMÉRICAS 2018–2030. UN LLAMADO A LA ACCIÓN PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR EN LA REGIÓN

En la 29.a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA 69.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS Washington, D.C., EUA, llevada a cabo del 25 al 29 de septiembre del 2017, en el que el Perú es miembro, los Ministros de Estado de Salud suscribieron la AGENDA DE SALUD SOSTENIBLE PARA LAS AMÉRICAS 2018–2030. UN LLAMADO A LA ACCIÓN PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR EN LA REGIÓN como el instrumento estratégico de política que proveerá direccionalidad y visión política para el desarrollo de la salud en la Región durante los próximos trece años y declaramos nuestro compromiso con:

- una visión regional de un continente americano más saludable y equitativo, en armonía con la visión y los principios mundiales establecidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, construyendo sobre la base de los avances logrados en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017;
- la reafirmación del derecho a la salud, donde sea nacionalmente reconocido, y del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, la solidaridad panamericana, la equidad en la salud, la universalidad y la inclusión social, como principios y valores fundamentales que han inspirado a los países que representamos a mejorar los resultados de salud para que nuestras poblaciones puedan alcanzar su máximo potencial;
- el trabajo continuo en favor del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, y el desarrollo de sistemas de salud resilientes y con capacidad para analizar y actuar sobre los determinantes de la salud de manera intersectorial;

- la promoción de la Agenda en los niveles más altos de toma de decisiones y el fomento de acciones conjuntas con agentes tanto gubernamentales como no gubernamentales a nivel subnacional, nacional, subregional y regional, según sea apropiado, para concretar la visión regional de esta Agenda de una manera integral y colaborativa;
- la ejecución, el seguimiento y la evaluación de esta Agenda, y la rendición de cuentas con respecto a su cumplimiento, por medio de los mecanismos establecidos, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana.

En dicha Agenda se establece como *Objetivo 1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades*, teniendo como Alcance, En consonancia con el compromiso de los Estados Miembros de avanzar hacia el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, el logro de este objetivo requiere fortalecer o transformar la organización y gestión de los servicios de salud por medio del desarrollo de modelos de atención centrados en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta los aspectos entre otros: implementación de modelos de atención, incluidas la organización y la gestión de los servicios de salud, por nivel de complejidad y sobre la base de las necesidades de la población, mediante una mayor capacidad resolutoria del primer nivel de atención y redes integradas de servicios de salud.

Por ello, en la **meta al 2030** se tiene: Organizar los servicios de salud en redes integradas de prestación de servicios de salud con capacidad resolutoria alta en el primer nivel de atención (actualización de la meta del resultado intermedio 4.2 del Plan Estratégico de la OPS).

DOCUMENTOS ORIENTADORES QUE SUSTENTAN LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD

- "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas" (Serie: La Renovación de la

Atención Primaria de Salud en las Américas No.4), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.: OPS, 2010.

- Estudio de la red hospitalaria de Lima Metropolitana y Callao Planeamiento de inversiones en salud de mediana y alta complejidad en Lima Metropolitana y Callao
Marzo de 2016.
- Redes de Salud: Enfoques, Dr. Ricardo A. Otero. Noviembre de 2013.
- Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región

III. ANÁLISIS EXHAUSTIVO DE LA PROPUESTA

Artículo 1. Objeto

La presente Ley tiene por objetivo establecer el marco normativo para la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud a nivel nacional.

Sustento.

En diciembre del año 2013 se publicó el Decreto Legislativo N° 1166, aprueba el marco normativo para la conformación y funcionamiento de las Redes de Atención Primaria de Salud – RIAPS, disponiendo el plazo de 180 días para la aprobación de su Reglamento.

Han pasado casi 4 años para desde la entrada en vigencia de la referida Ley; sin embargo, a pesar de varios intentos no se ha aprobado el Reglamento del DL N° 1166; toda vez que desde el punto de vista técnico del órgano competente del MINSA, las disposiciones contenidas en el referido dispositivo legal resultan inaplicable. (Ver Informe Técnico N° 166-DIPOS-DGAIN/MINSA).

Por ello, se requiere un nuevo marco legal que establezca el marco normativo para la conformación y funcionamiento de las Redes de Salud.

Artículo 2. Finalidad

La presente Ley tiene por finalidad articular la oferta de las IPRESS públicas a nivel nacional, brindando una Cartera de Atención en Salud en Red de Salud que responda a las necesidades de la población.

Sustento.

Se entiende por articular la oferta de las IPRESS públicas en Red de Salud, a las gestiones que realiza la autoridad de salud con el objetivo de organizar en forma eficiente la oferta disponible. La Cartera de Atención de Salud comprende el listado de las atenciones que se brindan en una IPRESS, conforme a su categorización inscrita en el RENIPRESS⁷.

Las redes de salud constituyen en definitiva una modalidad de organización de los servicios de salud, con el objetivo de articular la oferta de servicios para la mejor satisfacción de las necesidades de la población.

La Cartera de Atención de Salud responde a las necesidades de salud de la población y las prioridades de políticas sanitarias sectoriales. En ella se priorizan las actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos y daños, pilares fundamentales de la Atención Primaria de Salud y la atención a problemas de salud de alta prevalencia y susceptibles de ser atendidos por el primer nivel de atención.

La Cartera de Atención de Salud de los establecimientos de salud consideran los siguientes criterios:

Demanda

- ✓ Población asignada del establecimiento de salud y/o referencial de ser el caso.
- ✓ Perfil epidemiológico de la población referencial y/o asignada.
- ✓ Carga de enfermedad de la población referencial y/o asignada disponible.
- ✓ Accesibilidad geográfica.
- ✓ Accesibilidad a servicios especializados.

⁷ Basada en Unidades Productoras de Servicios de Salud

Oferta

- ✓ Capacidad resolutive. Especialización de recursos humanos y tecnificación de recursos tecnológicos.
- ✓ Nivel de atención.
- ✓ Campo clínico.
- ✓ Continuidad de la atención.
- ✓ Economía de escala.
- ✓ Ratios de distribución territorial.
- ✓ Eficacia, eficiencia y efectividad.
- ✓ Rol del establecimiento de salud como parte de la Red de Servicios de Salud a la que pertenece.

Artículo 3.- Ámbito de Aplicación

La presente Ley en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el MINSA tiene competencias para regular la organización de los servicios de salud de todos los prestadores de salud del Sector Salud; no obstante, el objeto del proyecto de Ley tiene como primer objetivo ordenar la oferta pública de las IPRESS del MINSA y de los Gobiernos Regionales, a través de las Redes Integradas de Salud y posteriormente incorporar a las IPRESS públicas de ESSALUD, Policía Nacional del Perú, Fuerza Aérea, Marina de Guerra y Ejército del Perú.

Cabe indicar que el Decreto Legislativo N° 1302, tiene por objeto dictar disposiciones destinadas a optimizar el intercambio prestacional en salud en el sector público; con el fin de brindar servicios de salud para sus asegurados con accesibilidad, equidad y oportunidad, mediante la articulación de la oferta pública existente en el país. Asimismo, señala que el intercambio prestacional a las acciones de articulación interinstitucional que garantice el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud centradas en el ciudadano, entre Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS), Unidades de Gestión de las IPRESS (UGIPRESS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, generando una mayor cobertura y utilizando en forma eficiente la oferta pública disponible a nivel nacional.

Artículo 4.- Criterios para conformación de las Redes Integradas de Salud

Las Redes Integradas de Salud se constituyen teniendo en cuenta la delimitación del territorio y población; y se conforman por IPRESS de 12 y 24 horas, bajo criterios de complementariedad de la Cartera de Atención de Salud y la continuidad de la atención de salud del usuario, con el objetivo de prestar servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Las Redes Integradas de Salud pueden conformar Redes de Salud que son funcionales, las cuales tendrán población adscrita.

Sustento.

La Resolución Ministerial N° 167-2017/MINSA 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)", el cual tiene por objetivo establecer lineamientos que orienten la prestación de servicios en las redes de servicios de salud. Los servicios deberán estar centrados en la persona, su familia y comunidad; y garantizar la cobertura y calidad de los servicios de salud, oportunos y resolutivos. La prestación en redes busca fortalecer el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud. A través de las redes, se espera contribuir al fortalecimiento y gestión eficiente del sistema de salud para que estos sean accesibles, equitativos y de calidad. De esta manera, se busca responder a las demandas de salud de la población a través de una oferta de servicios articulada, moderna, interconectada y con recursos humanos revalorizados.

El Lineamiento 1: Las redes de servicios deben establecerse en función del territorio, su población y accesibilidad y el servicio debe estar centrado en la persona. La constitución de las redes se inicia con la delimitación del territorio y su población. La organización del territorio de la red debe considerar la accesibilidad y vulnerabilidad geográfica y la dispersión de la población. La atención estará centrada en la persona, su familia y comunidad. Los profesionales de la salud deben tener en cuenta los derechos y deberes de los pacientes, así como las particularidades referidas a aspectos culturales y de género. Asimismo, el servicio considerará cada etapa de la vida de las personas en las dimensiones física, mental y social.

Por otro lado, la Cartera de Atención de Salud de los establecimientos de salud se elabora con un enfoque de Red de Servicios de Salud, en el que su despliegue permita la complementariedad de servicios del conjunto de establecimientos de salud del primer nivel atención de salud de la Red para la atención de la población del espacio geográfico correspondiente.

Asimismo, cabe indicar que el Lineamiento 2: La oferta de servicios de salud debe determinarse en base a las necesidades de salud de la población de la red, señala que la oferta de servicios incluirá servicios de salud de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos

Artículo 5.- Funciones de las Redes Integradas de Salud

Las Redes Integradas de Salud tienen a su cargo los procesos de gestión basados en resultados en su ámbito jurisdiccional, desarrollando los procesos operativos de la Autoridad Sanitaria Regional o la que haga de sus veces.

Artículo 6.- Cartera de Atención de Salud de la Red Integrada de Salud

La cartera de atención de salud de las IPRESS públicas que funcionen en Red Integrada de Salud, deberá considerar las actividades operativas que se detallan a continuación.

- 6.1. Prestaciones recuperativas, cuidados paliativos y de rehabilitación
- 6.2. Intervenciones (preventivo-promocionales) en prioridades sanitarias.
- 6.3. Actividades de Salud Pública referidas a Información y vigilancia en la protección de la salud, promoción en salud y participación de la comunidad en la salud, laboratorio de salud pública, alimentación e inocuidad alimentaria, productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos.
- 6.4. Actividad de Emergencias y Desastres
- 6.5. Actividad de Docencia
- 6.6. Actividad de Investigación
- 6.7. Actividades de Coordinación intersectorial y social.

Sustento.

Las Redes Integradas de Salud tienen por función gestionar y administrar las prestaciones de salud en su ámbito jurisdiccional. Desde el punto de vista administrativo tienen la calidad de unidades ejecutoras⁸, son entidades tipo B9 y tienen a su cargo en primera instancia los procedimientos administrativos regulados en el TUPA. Desde el punto de vista sanitario tienen a su cargo los procesos de planificación, monitoreo y evaluación de los resultados de la gestión sanitaria en su ámbito jurisdiccional.

Cada Red Integrada de Salud conforman las Redes de Salud funcionales que se encuentran conformadas por IPRESS de 12 horas, IPRESS de 24 horas y Hospital; las cuales funcionan de manera coordinada y articulada, con transferencia de conocimientos, técnicas y características distintivas para brindar una Cartera de Atención de Salud, cumpliendo con el principio de complementariedad de la Cartera de Atención en Red, de acuerdo al siguiente detalle:

Prestaciones recuperativas, cuidados paliativos y de rehabilitación

Intervenciones (preventivo-promocionales) en prioridades sanitarias.

Actividades de Salud Pública referidas a Información y vigilancia en la protección de la salud, promoción en salud y participación de la comunidad en la salud, laboratorio de salud pública, alimentación e inocuidad alimentaria, productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos.

Actividad de Emergencias y Desastres

Actividad de Docencia

Actividad de Investigación

Actividades de Coordinación intersectorial y social.

Cabe indicar que la Cartera de Atención en Red se basa en el Modelo de Atención Integral¹⁰ como marco conceptual, metodológico e instrumental de la atención integral

⁸ Desconcentración de los Sistemas Administrativos Financieros

⁹ Desconcentración del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos

¹⁰ Aprobado por RM N° 464-2011/MINSA

de salud en el contexto del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud y las 11 Funciones Esenciales de Salud Pública¹¹.

Cabe indicar que se propone en el proyecto de Ley, que las Redes Integradas de Salud pueden conformar Redes de Salud que son funcionales, las cuales tendrán población adscrita, lo cual coadyuvará a la continuidad de la atención en Red, bajo el principio de complementariedad.

Artículo 7.- Interoperabilidad de los Recursos Tecnológicos en las Redes Integradas de Salud

La Redes Integradas de Salud deberán operar con los recursos tecnológicos integrados e Interoperabilizables, utilizando las herramientas necesarias para su funcionamiento, con el objetivo de fortalecer los procesos de transparencia, participación, vigilancia ciudadana y gobernanza.

Sustento.

El Lineamiento 5¹²: Se deben utilizar las tecnologías de información para apoyar a la gestión. Para el adecuado funcionamiento de las redes de servicios de salud es necesario disponer de un sistema de información moderno e interoperable que permita realizar un seguimiento nominal a las personas a lo largo de la red. Asimismo, el sistema de información debe permitir implementar el uso de la historia clínica electrónica, registros de la atención, citas en línea y la telemedicina. La red deberá tener bases de datos centralizadas de información de los usuarios, de la oferta de servicios, y demás variables, que permita el análisis de la morbilidad, cumplimiento de indicadores sanitarios, determinantes de salud, indicadores de desempeño, entre otros, en el ámbito de la red.

Un sistema de salud basado en Redes Integradas de Salud requiere el uso de tecnologías de información con el objetivo que la información de la oferta de salud, programación de

¹¹ Organización Panamericana de la Salud La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción Washington, D.C.: OPS, 2002.

¹² Lineamientos para la Prestación de Servicios de Salud en las Redes de Servicios de Salud (Redes Integradas de Atención Primaria de Salud)

recursos humanos, infraestructura y equipamiento, referencia y contra referencia; así como historia clínica electrónica sea utilizada en Red.

Los beneficios del uso de las tecnologías en Red de Salud, son los siguientes:

Identificar, en tiempo real, la capacidad de oferta de cada EESS

identificar brechas de infraestructura, equipamiento y RR.HH.

Geolocalizar la oferta de salud de cada EESS

Tomar decisiones para la inversión en salud

Integrar el monitoreo y fiscalización del primer nivel de atención

Proponer normas de organización y gestión de los servicios de salud

Gestionar la red e integrar gradualmente el sistema de aseguramiento fragmentado.

Asimismo, el articulado propuesto se encuentra enmarcada en la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública¹³, la cual señala como ejes transversales para la modernización el gobierno abierto y el gobierno electrónico.

Artículo 8.- Programación del personal de la salud

El gestor de la Red Integrada de Salud aprueba la programación del personal de la salud de las IPRESS públicas a su cargo, bajo el principio de complementariedad.

Sustento.

La Planificación de los Recursos Humanos, es el proceso de revisar sistemáticamente las necesidades de recursos con el fin de asegurar que el número de trabajadores, tengan las competencias requeridas y estén disponibles a las necesidades de la población. Se propone el articulado de programación en Red de Salud, con el objetivo de desembalsar las colas en los Niveles Hospitalarios y gestionar una adecuada planificación de citas médicas.

Por ello, se propone que cada Red Integrada de Salud apruebe la programación trimestral del personal de la salud de las IPRESS públicas que se encuentran en su ámbito. Para ello, en el Reglamento se establecerán las siguientes disposiciones:

¹³ DS N° 004-2013-PCM

Las IPRESS de 12 horas y las IPRESS de 24 horas; así como los hospitales del ámbito de la Red de Salud proponer la programación de su personal de salud.

La Red Integrada de Salud dispone hasta un 16% de la programación de los profesionales de la salud especialistas que laboran en los hospitales de su ámbito, para desplazarlos obligatoriamente hacia el Primer Nivel de Atención, tomando en cuenta el requerimiento de profesionales especialistas titulados que estas tengan; debiendo cumplir criterios de periodicidad, obligatoriedad y complementariedad de la Cartera de Atención de Salud de la Red.

La programación debe publicarse en el interior de la IPRESS, en el portal web y otros medios de comunicación de fácil acceso al usuario por 45 días calendario, previo a su inicio.

La Red Integrada de Salud solo en casos debidamente justificados aprueba la modificación de la programación, la cual deberá estar publicada.

El responsable de la IPRESS garantiza el cumplimiento de la programación del personal de salud.

Artículo 9.- Rendición de cuentas a la comunidad

Las IPRESS públicas de los Gobiernos Regionales y del Ministerio de Salud rinden cuentas periódicamente a su comunidad sobre los resultados de la gestión sanitaria y administrativa de la Red Integrada de Salud.

Sustento.

La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública señala que un Estado moderno al servicio de las personas implica una transformación de sus enfoques y prácticas de gestión, concibiendo sus servicios o intervenciones como expresiones de derechos de los ciudadanos, debiendo el Estado asignar sus recursos, diseñar sus procesos y define sus productos y resultados en función de las necesidades de los ciudadanos.

En ese sentido, la gestión pública moderna es una gestión orientada a resultados al servicio del ciudadano, lo cual implica entender las necesidades de los servicios de salud

y organizar los procesos de producción que arrojen como resultado la articulación de la oferta de los servicios de salud y por tanto mayor satisfacción de los ciudadanos.

Establecer que las Redes Integradas de Salud gestionan sus funciones orientada a resultados efectivos implicará:

Establecer objetivos claros y articulados, a nivel sectorial así como territorial (nacional, regional y local), expresados en metas de producción (cantidades de servicios de una determinada calidad) que brindarán como resultado un mayor nivel de satisfacción al ciudadano.

Reasignar los recursos presupuestales para maximizar los niveles de producto y resultados esperados. Es decir, formular el presupuesto en función de los objetivos establecidos en los planes.

Desarrollar y optimizar los procesos de producción o trabajo (la "cadena de valor") y los de soporte (que alimentan a los anteriores), con el fin de alcanzar los niveles de producción de bienes y servicios públicos de calidad esperados por la población, con la mayor eficacia y eficiencia posibles en el uso de los recursos.

Reordenar o reorganizar a nivel nacional, regional y local, las competencias y funciones contenidas en la estructura funcional actual adecuándolos a una organización basada en procesos de la cadena de valor.

Establecer un sistema de indicadores de desempeño y resultados que le permitan monitorear y evaluar si los insumos se están transformando en los productos cuyos resultados son los que los ciudadanos demandan, y si están aplicando los procesos más eficaces y eficientes.

IV. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Atención Integral**

Atención que articula acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos de las personas, familias, comunidad y su entorno, y cobertura la

totalidad de las necesidades de salud incluidas en la cartera de atención, de manera continua y coherente.

- **Cartera de Atención de Salud**

Conjunto de 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.

- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)**

Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

- **IPRESS públicas del Ministerio de Salud**

En el marco de lo dispuesto en la Ley N° 30526, el Ministerio de Salud es competente para administrar, gestionar y articular las prestaciones de salud que se brindan en los Institutos Especializados, Hospitales y Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención ubicados en Lima Metropolitana.

- **IPRESS públicas del Gobierno Regional**

En el marco de las normas de descentralización, los Gobiernos Regionales son competentes para administrar, gestionar y articular las prestaciones de salud que se brindan en los establecimientos de salud en el ámbito de su jurisdicción.

- **IPRESS de 12 horas (sin internamiento)**

Es el establecimiento de salud público que pertenece a las IPRESS del MINSA y del Gobierno Regional que brindan conjunto de atenciones ambulatorias en el primer nivel de atención de salud, como primer contacto, según curso de vida, que abarcan aspectos de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos con

enfoque de salud individual, familiar y comunitaria, en el marco de redes de salud y son puerta de entrada al sistema de salud. Es brindada por el equipo básico de salud. El horario de atención del establecimiento de salud corresponde hasta 12 horas.

- **IPRESS de 24 Horas (con internamiento)**

Es el establecimiento de salud público del primer nivel de atención que brinda atenciones ambulatorias y hospitalarias, según curso de vida que abarcan aspectos de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos con enfoque de salud individual, familiar y comunitaria, en el marco de redes de servicios de salud. Es brindada por un equipo multidisciplinario. El horario de atención del establecimiento de salud es de 24 horas. Cuentan con la infraestructura y dotación de recursos humanos para la atención de emergencias, partos y atención de recién nacidos e internamiento.

- **Oferta de servicios de salud**

Conjunto de recursos del sistema de salud para poder atender las necesidades de salud de la población. Para ello se consideran los siguientes elementos:

- a) **Estructura.** Constituida por los recursos humanos y tecnológicos que determinan la capacidad resolutive de la oferta de servicios.

- b) **Capacidad Resolutiva.** Capacidad que tienen los establecimientos de salud de producir servicios de salud, para solucionar las necesidades de salud de la población; depende de la especialización y tecnificación de sus recursos.

- **Puerta de entrada.** La puerta de entrada al sistema de salud está constituido por aquel centro de salud que cuenta con la capacidad instalada para resolver en primera opción la patología de baja complejidad, o discriminar la necesidad de referencia hacia el nivel de atención superior. Establecer como puerta de entrada al centro de salud de 12 horas evitará el diferimiento en las citas y saturación de los centro de salud de segundo nivel de atención, causados en gran parte por la atención de patologías de baja complejidad que podrían ser resueltas en el primer nivel de atención.

- **Red Integrada de Salud**

La Red Integrada de Salud es entendida como la organización que tiene por objetivo la gestión y entrega de servicios de salud de forma continuada, entre servicios preventivos y curativos, de acuerdo a las necesidades de la población adscrita a la Red, y a través de los diferentes niveles del sistema de salud gestionados de manera articulada.

- **Usuario de Salud**

Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud, incluyendo prestaciones de salud intramurales y extramurales. El mantenimiento o recuperación de su estado saludable constituye el centro objetivo del sistema de salud.

V. ANÁLISIS COSTO- BENEFICIO

La presente Ley no genera gastos adicionales en el Presupuesto del Sector Público, toda vez que el financiamiento para la implementación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud proviene del presupuesto asignado a las entidades que integran el Sector público de Salud, de conformidad con la Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.

VI. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa no colisiona con el ordenamiento constitucional y su aprobación implica la derogación del Decreto Legislativo N° 1166, Decreto Legislativo que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.

VII. VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa tiene vinculación con las siguientes políticas de Estado del Acuerdo Nacional:

- Quinta Política de Estado: Gobierno en función de objetivos con planeamiento estratégico, prospectiva nacional y procedimientos transparentes.

- Décimo Tercera Política de Estado: Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social.
- Vigésimo Cuarta Política de Estado: Afirmación de un Estado eficiente y transparente