

permitirá la revisión del estado de implementación del nuevo marco. Además, se continuará con el desarrollo del marco de seguimiento y se avanzará en la movilización de recursos. Asimismo, se buscará finalizar y poner en funcionamiento un mecanismo multilateral sobre el reparto justo y equitativo de los beneficios derivados del uso de la información de secuencias digitales sobre recursos genéticos;

Que, la Cancillería participará en la COP16 abordando diversos temas de la agenda, incluyendo cuestiones de organización y la elección de candidaturas, así como la revisión de las credenciales de los representantes. También se involucrará en la administración del Convenio y el presupuesto para los fondos fiduciarios, y en la movilización de recursos y mecanismos financieros. Se tratarán también temas de diversidad biológica marina, costera y de las islas, así como aspectos de responsabilidad y reparación, y la revisión de la eficacia de los procesos del Convenio y sus Protocolos;

Que, en tal sentido, se requiere reafirmar la participación activa del Perú en el proceso de toma de decisiones en el marco de la COP16 del CDB y reuniones conexas; hacer conocer y defender la posición peruana sobre el particular; coordinar posiciones con otros países de la región y extra regionales; y, trabajar de manera conjunta con los representantes del Ministerio del Ambiente en el contexto de la citada reunión, a fin de garantizar un adecuado manejo político-técnico de los principales temas de la agenda multilateral en materia de diversidad biológica;

Que, por lo anteriormente expuesto, se estima necesaria la participación en las referidas reuniones, de la Embajadora en el Servicio Diplomático de la República Carmen del Rocío Azurín Araujo, Directora de Medio Ambiente de la Dirección General para Asuntos Multilaterales y Globales, quien, por razones de itinerario y agenda, viajará a la ciudad de Santiago de Cali, República de Colombia, del 24 de octubre al 3 de noviembre de 2024;

Que, de igual forma, se estima conveniente la participación en las referidas reuniones, del Ministro Consejero en el Servicio Diplomático de la República César Joycep Aréstegui Bravo, Subdirector de Asuntos Ambientales Globales, de la Dirección de Medio Ambiente, de la Dirección General para Asuntos Multilaterales y Globales; y, del señor Jharison Brinkley Vidal Heindinger, Contrado Administrativo de Servicios, asistente en Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible, de la Dirección de Medio Ambiente, de la Dirección General para Asuntos Multilaterales y Globales, quienes por razones de itinerario y agenda, viajarán a la ciudad de Santiago de Cali, República de Colombia, del 20 de octubre al 3 de noviembre de 2024;

De conformidad con la Ley N° 27619, Ley que regula la autorización de viajes al exterior de servidores y funcionarios públicos y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 047-2002-PCM; el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Relaciones Exteriores, aprobado por el Decreto Supremo N° 135-2010-RE; el Texto Único Ordenado de la Ley N° 28091, Ley del Servicio Diplomático de la República, aprobado por el Decreto Supremo N° 047-2021-RE y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 130-2003-RE; el Decreto Legislativo N° 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 075-2008-PCM; la Ley N° 29849, Ley que establece la eliminación progresiva del régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057, Contratación Administrativa de Servicios y otorga derechos laborales; y, la Ley N° 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Autorizar el viaje, en comisión de servicios, de los siguientes comisionados a la ciudad de Santiago de Cali, República de Colombia, para los fines expuestos en la parte considerativa de la presente Resolución, según el siguiente detalle:

Del 24 de octubre al 3 de noviembre de 2024:

- Embajadora en el Servicio Diplomático de la República Carmen del Rocío Azurín Araujo, Directora de Medio Ambiente de la Dirección General para Asuntos Multilaterales y Globales.

Del 20 de octubre al 3 de noviembre de 2024:

- Ministro Consejero en el Servicio Diplomático de la República César Joycep Aréstegui Bravo, Subdirector de Asuntos Ambientales Globales, de la Dirección de Medio Ambiente, de la Dirección General para Asuntos Multilaterales y Globales; y,

- Señor Jharison Brinkley Vidal Heindinger, Contrado Administrativo de Servicios, asistente en Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible, de la Dirección de Medio Ambiente, de la Dirección General para Asuntos Multilaterales y Globales.

Artículo 2.- Los gastos que irroque el cumplimiento de la presente comisión de servicios serán cubiertos por el pliego presupuestal del Ministerio de Relaciones Exteriores, Meta (139) 0137176 Representación y negociación en organismos y foros internacionales, y Código POI AOI00004500251 Gestión de Asuntos en Materia de Medio Ambiente; debiendo rendir cuenta documentada en un plazo no mayor de quince (15) días calendario, al término del referido viaje, de acuerdo con el siguiente detalle:

Nombres y Apellidos	Pasaje Aéreo Clase Económica (USD)	Viáticos por día (USD)	Número de días	Total, viáticos (USD)
Carmen del Rocío Azurín Araujo	675.27	370.00	11	4,070.00
César Joycep Aréstegui Bravo	1,550.85	370.00	15	5,550.00
Jharison Brinkley Vidal Heindinger	1,550.85	370.00	15	5,550.00

Artículo 3.- Dentro de los quince (15) días calendario, posteriores a su retorno al país, los citados comisionados deberán presentar al señor Ministro de Relaciones Exteriores, un informe detallado de las acciones realizadas y los resultados obtenidos en el viaje autorizado.

Artículo 4.- La presente Resolución Ministerial no libera ni exonera del pago de impuestos o de derechos aduaneros cualquiera sea su clase o denominación.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

ELMER SCHIALER SALCEDO
Ministro de Relaciones Exteriores

2335339-1

SALUD

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

DECRETO SUPREMO
N° 019-2024-SA

LA PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú establecen que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad y que el Estado determina la política nacional de salud, y

corresponde al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación, siendo responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar el acceso equitativo a los servicios de salud;

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la provisión de servicios de salud es de interés público cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Además, es irrenunciable su responsabilidad en la provisión de servicios de salud pública y le corresponde intervenir en la provisión de servicios de atención médica con arreglo al principio de equidad;

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

Que, el artículo 32 del citado Texto Único Ordenado establece los criterios con los cuales las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS articulan sus servicios, bajo la orientación del Ministerio de Salud: 1. Estandarización de las intervenciones y los manuales de procesos y procedimientos brindados por los prestadores; 2. Aplicación de Guías de Práctica Clínica Estandarizadas del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS); 3. Sistema de Identificación sobre la base del Documento Nacional de Identidad, que permita reconocer la condición de asegurado; 4. Criterios de intercambio de servicios basados en el cumplimiento de los principios de complementariedad y subsidiariedad; 5. Mecanismos de pago e intercambio de servicios que rigen las transacciones de compraventa de servicios entre las instituciones prestadoras y la provisión de las prestaciones contempladas en el PEAS, en las que intervenga al menos una institución pública;

Que, los numerales 1) y 2) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud - MINSA, dispone como ámbito de competencia de éste, entre otros, la salud de las personas y el aseguramiento en salud. Asimismo, su artículo 4 establece que el Sector Salud está conformado por el MINSA, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y las personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley y que tienen impacto directo o indirecto en la salud individual y colectiva;

Que, el artículo 4-A del mencionado Decreto Legislativo, modificado por la Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la Prevención y Control de Enfermedades, establece, entre otros aspectos, que la potestad rectora del MINSA comprende la facultad que tiene para normar, supervisar, fiscalizar y, cuando corresponda, sancionar, en los ámbitos que comprenden la materia de salud;

Que, los literales a), b) y e) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, modificado por el Decreto Legislativo N° 1504, dispone entre otras disposiciones, que son funciones rectoras del MINSA: Conducir, regular y supervisar el Sistema Nacional de Salud; formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como regular y dictar normas de organización para la oferta de salud de los diferentes prestadores que brindan atenciones, para que en conjunto sean integrales, complementarias, de calidad,

y que preste cobertura de manera equitativa y eficiente a las necesidades de atención de toda la población;

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

Que, mediante Decreto Supremo N° 019-2020-SA se aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS); sin embargo, aún no se ha completado el proceso de conformación e implementación de las RIS a nivel nacional, advirtiéndose la necesidad de aprobar un nuevo cuerpo normativo que incluya disposiciones con las precisiones necesarias y adecuadas a la actual realidad sanitaria del país, para impulsar y facilitar el cumplimiento de la ley y de las funciones de las RIS, consistentes en proveer servicios de salud integrales, así como, el abordaje de los determinantes sociales de la salud;

Que, teniendo en cuenta lo señalado, es necesario aprobar un nuevo reglamento de la Ley N° 30885 para el efectivo cierre de brechas en la provisión de servicios de salud integrales y el abordaje de determinantes sociales, enfocado en el logro de resultados y la óptima gestión de recursos humanos y tecnológicos, que garanticen la atención de salud integral;

Que, mediante comunicación de fecha 14 de setiembre de 2024, la Secretaría Técnica de la Comisión Multisectorial de Calidad Regulatoria ha indicado que, de la evidencia presentada por el Ministerio de Salud, se concluye la improcedencia del Análisis de Impacto Regulatorio Ex Ante, en virtud de la excepción establecida en el numeral 18 del inciso 28.1 del artículo 28 del Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 063-2021-SA, por lo que no se requiere realizarlo;

De conformidad con lo dispuesto en el inciso 8 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú; en la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo; en la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS); y en el Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modificatorias;

DECRETA:

Artículo 1.- Aprobación de Reglamento

Aprobar el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud - RIS, que consta de cuatro (4) Títulos, seis (6) Capítulos, veinticuatro (24) Artículos y siete (7) Disposiciones Complementarias Finales y una (1) Disposición Complementaria Transitoria.

Artículo 2.- Publicación

Disponer la publicación del presente Decreto Supremo y del Reglamento aprobado mediante el artículo precedente, en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano para Orientación al Ciudadano (www.gob.pe), así como, en las sedes digitales del Ministerio de Salud (www.gob.pe/minsa), del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (www.gob.pe/mtpe), del Ministerio de Defensa (www.gob.pe/mindef) y del Ministerio del Interior (www.gob.pe/mininter), el mismo día de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Artículo 3.- Financiamiento

La implementación del presente Decreto Supremo se financia con cargo a los respectivos presupuestos institucionales de las entidades involucradas, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

Artículo 4.- Refrendo

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

**DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA
DEROGATORIA**

ÚNICA.- Derogación

Derogar el Decreto Supremo N° 019-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los diecisiete días del mes de octubre del año dos mil veinticuatro.

DINA ERCILIA BOLUARTE ZEGARRA
Presidenta de la República

JOSÉ BERLEY ARISTA ARBILDO
Ministro de Economía y Finanzas
y Encargado del despacho del
Ministerio de Defensa

JUAN JOSÉ SANTIVÁÑEZ ANTÚNEZ
Ministro del Interior

CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ
Ministro de Salud

DANIEL YSAU MAURATE ROMERO
Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo

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

TÍTULO I**DISPOSICIONES GENERALES****Artículo 1.- Objeto**

El presente Reglamento establece disposiciones para la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud - RIS a nivel nacional, así como, los mecanismos para su control.

Artículo 2.- Ámbito de aplicación

El Reglamento es de cumplimiento obligatorio en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales.

Es aplicable, de acuerdo a su naturaleza, a los demás establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos y privados que prestan o hacen arreglos institucionales para prestar servicios de salud individual o salud pública a nivel del territorio nacional, y que de manera progresiva se integren a las Redes Integradas de Salud.

Artículo 3.- Definiciones y acrónimos**3.1 Definiciones:**

a) **Atención de Salud:** Provisión de prestaciones de salud individual para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, que incluye cuidados paliativos, así como prestaciones de salud pública, con el fin de promover, mantener y restablecer el estado de salud de la población; bajo las modalidades de oferta fija, oferta móvil y telesalud, según corresponda.

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

c) **Centro de Costos:** Son las unidades de las entidades que consolidan los costos derivados de la provisión de bienes y servicios públicos a la sociedad y del desarrollo de los procesos de soporte, determinados en función a la naturaleza de los servicios que desarrollan y se enmarcan en las disposiciones del Sistema Nacional de Abastecimiento.

d) **Complementariedad de la Cartera de Servicios de Salud:** Es la interacción entre diferentes establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo que integran la RIS, para completar o añadir prestaciones de salud de la cartera de servicios de salud, de acuerdo a las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, optimizando la utilización de sus recursos, así como su capacidad resolutoria y/o capacidad de oferta de servicios de salud.

e) **Condición de Salud Aguda:** Son aquellos daños que ocurren una sola vez y tienen un inicio y un final en el corto plazo (por ejemplo, apendicitis), o que ocurren dos o más veces, pero sin ninguna conexión entre una y otra (por ejemplo, cuadros gripales), y requieren poco tiempo para resolverse desde horas hasta tres meses.

f) **Condición de Salud Crónica:** Son aquellos daños de larga duración y por lo general, de progresión lenta, sobrepasan en tiempo para resolverse a las condiciones agudas y requieren acciones sobre los determinantes sociales de la salud.

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

h) **Determinantes sociales de la salud:** Son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, y que impactan en la salud de las personas.

i) **Equipo Multidisciplinario de Salud:** Equipo de salud constituido por una persona profesional en medicina humana, en enfermería, en obstetricia y por un personal técnico o auxiliar asistencial de la salud, u otros profesionales de la salud, según la disponibilidad de recursos de la RIS; y de acuerdo con las necesidades de salud de la población asignada a las Redes Integradas de Salud. En el caso de poblaciones excluidas y dispersas, el EMS se denomina Equipo de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas — (Equipo AISPED).

j) **Gestión de los Determinantes Sociales de la Salud:** Es la identificación y comprensión de los determinantes sociales de la salud, asimismo, involucra su abordaje mediante el desarrollo e implementación de políticas, programas y acciones concretas sobre ellos de manera intersectorial, según el ámbito de competencias y la participación activa de la comunidad, para lograr los resultados en la mejora de la salud de las poblaciones.

k) **Gestores de las Redes Integradas de Salud:** Conjunto de profesionales que gestionan la Red Integrada de Salud para el acceso integral, continuo y oportuno a los servicios de salud de la población y la gestión de los determinantes sociales de salud de su ámbito territorial, rinden cuentas del uso de los recursos asignados y está conformada por el/la Director/a y cinco Jefe/as de Equipo: Provisión de Servicios de Salud; Tecnologías de Información y Comunicación; Gestión Social e Intersectorial y Determinantes Sociales de Salud; Gestión del Riesgo de Desastres y Docencia e Investigación; y Gestión Administrativa.

l) **Intercambio Prestacional en Salud:** Entiéndase por intercambio prestacional en salud a las acciones de articulación interinstitucional que garanticen el otorgamiento y financiamiento de las prestaciones de salud centradas en el ciudadano, entre las Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS) públicas, generando una mayor cobertura y utilizando en forma eficiente la oferta pública disponible a nivel nacional.

m) **Integración clínica:** Continuidad, complementariedad y coordinación del cuidado integral de salud de la persona usuaria de los servicios de salud a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del Sistema Nacional de Salud. La coordinación del cuidado integral de la salud depende

fundamentalmente de la condición de salud aguda o crónica del paciente y de las decisiones que tome el equipo de salud, y se logra a través de la definición de las vías de cuidado integral de la salud, que son elementos centrales de RIS.

n) **Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI):** Comprende un conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, responden a las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, quienes son los sujetos de intervención.

El modelo acoge los atributos de la Atención Primaria de Salud (acceso, primer contacto, cuidado integral, longitudinalidad, continuidad y coordinación).

ñ) **Plan de Salud de las Redes Integradas de Salud:** Documento de gestión institucional que comprende objetivos, estrategias, actividades, metas, recursos y mecanismos de control en salud, respecto al conjunto de intervenciones en salud individual y salud pública, así como, la gestión de los determinantes sociales de la salud, alineado a las políticas nacionales, sectoriales, estrategias y normas definidas por la ANS, ARS y en Lima Metropolitana las DIRIS LM. La ARS y las DIRIS LM en Lima Metropolitana aprueba el Plan de Salud de las RIS. El MINSA define los criterios técnicos para su formulación.

o) **Población asignada a un Equipo Multidisciplinario de Salud:** Conjunto de familias de la población de una Red Integrada de Salud que es asignada a un Equipo Multidisciplinario de Salud.

p) **Prestación de Salud y otras:** Es la unidad básica de la cartera de servicios de salud de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, que de manera general engloba los procedimientos médicos y sanitarios que se brindan a los usuarios de salud (personas, familias y comunidades). De acuerdo al objeto a quien se brinda, comprende las prestaciones de salud, económicas y sociales cuando corresponda.

q) **Provisión de servicios de salud:** Comprende la acción de proveer prestaciones de salud con calidad y oportunidad, contenidas en una cartera de servicios de salud individual y de salud pública articulada, adecuada a la necesidad de salud de la población de su ámbito territorial, bajo los principios de complementariedad y continuidad de la atención de salud, organizados entre los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo de la RIS. Se realiza a través de la oferta fija, oferta móvil y telesalud; y considera la pertinencia intercultural y el uso de las vías de cuidado integral en salud, para el cuidado y la atención integral de la salud, y su contribución a la gestión de los determinantes sociales de la salud.

r) **Red Integrada de Salud y funciones:** Conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de servicios de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos, y por el estado de salud de la población a la que sirve. Asimismo, cumple las funciones de provisión de los servicios de salud integrales a la población de su ámbito, mediante intervenciones de salud individual y salud pública, y de la gestión de los determinantes sociales de la salud.

s) **Salud Pública:** Es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad.

t) **Servicios de salud con pertinencia intercultural:** Son aquellos servicios que incorporan el enfoque intercultural en su gestión y prestación; es decir, se ofrecen tomando en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se interviene y se brinda atención de salud.

u) **Tecnologías de la Información y Comunicaciones:** Son aquellas que permiten el tratamiento de la información, captura, almacenamiento, procesamiento, transmisión, entre otras acciones.

v) **Telesalud:** Servicio de salud a distancia prestado por personal de la salud competente, a través de las

Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC), para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles y oportunos a la población. Este servicio se efectúa considerando los siguientes ejes de desarrollo de la telesalud: la prestación de los servicios de salud, la gestión de los servicios de salud; la información, educación y comunicación con pertinencia cultural y lingüística; y el fortalecimiento de capacidades al personal de la salud, entre otros.

w) **Vía de cuidado integral en salud:** Herramienta de gestión para el cuidado integral de salud en la RIS, que define las condiciones necesarias para asegurar la integralidad y longitudinalidad en dicho cuidado para la persona, familia y comunidad, por parte de actores del SNS (población, prestadores y financiadores) y actores de otros sectores, a partir de: a) Acciones intersectoriales y sectoriales, así como intergubernamentales e interinstitucionales orientadas a promover el bienestar y desarrollo de la persona, familia y comunidad; b) Servicios de salud individual y salud pública para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; y c) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para promover, mantener o restablecer la salud.

3.2 Uso de Siglas

AISPED	Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas
APS	Atención Primaria de Salud
ANS	Autoridad Nacional de Salud
ALS	Autoridad Local de Salud
ARS	Autoridad Regional de Salud
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DIRIS LM	Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana
EMS	Equipo Multidisciplinario de Salud
ESSALUD	Seguro Social de Salud
GERESA	Gerencia Regional de Salud
GORE	Gobierno Regional
MINSA	Ministerio de Salud
RIS	Red Integrada de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
UPSS	Unidad Productora de Servicios de Salud
VCIS	Vía de cuidado integral en salud

TÍTULO II

CONFORMACIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD - RIS

Artículo 4.- Procesos para la conformación de la RIS

Las ARS y las DIRIS LM en su ámbito territorial, realizan los acuerdos interinstitucionales e intergubernamentales con las ALS que correspondan, para desarrollar los siguientes procesos de conformación de las RIS:

a) Estructuración de la RIS, a través de la delimitación de su territorio y población, así como, definición de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, instituciones y organizaciones que prestan o hacen arreglos para prestar servicios de salud que la integran, de acuerdo con los criterios señalados en el artículo 5° del presente Reglamento. Este proceso incluye la medición del grado de integración de la RIS.

b) Formalización de la RIS, mediante la emisión del acto resolutivo expedido por la ARS o las DIRIS LM, según corresponda, una vez concluida la estructuración de la RIS.

Artículo 5.- Criterios para la delimitación territorial y poblacional para la conformación de las RIS

5.1 Para la conformación de las RIS, se constituye un equipo de trabajo a cargo de las ARS y las DIRIS LM y aplica los siguientes criterios:

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

b) Densidad poblacional: Se aplica considerando que la RIS tiene una mayor extensión de su ámbito territorial cuando la densidad poblacional es baja; y la RIS tiene una menor extensión de ámbito territorial, cuando exista una alta densidad poblacional.

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

d) Cobertura Prestacional: Se aplica considerando la población de la cartera de servicios de salud individual y de salud pública ofertada por los establecimientos de salud, y de ser necesario los servicios médicos de apoyo, relacionados a las unidades territoriales sanitarias, de acuerdo con las necesidades de salud de la población.

e) Relación con circunscripción política administrativa: La red debe corresponder preferentemente con el distrito como circunscripción política administrativa, excepcionalmente y en función a los criterios anteriores, una RIS incluirá dos o más distritos, o un distrito incorporará varias RIS, precisando que la gestión de los determinantes sociales de la salud será de abordaje distrital, a través de los Comités Distritales de Salud.

5.2 Adicionalmente, en la conformación de las RIS pueden utilizarse otros criterios técnicos como: Carga de enfermedad o perfil epidemiológico, sin perjuicio de los que también considere pertinentes la autoridad sanitaria según corresponda.

Artículo 6.- Complementariedad del cuidado y atención integral

6.1 La ARS y las DIRIS LM aseguran la complementariedad de las prestaciones de salud, y otras, así como de la cartera de los servicios de salud para el cuidado y la atención integral, entre los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, considerando como base las necesidades en salud de la población y teniendo en cuenta la capacidad de oferta, capacidad resolutive, la cartera de servicios de salud y la disponibilidad de recursos humanos y recursos tecnológicos en salud.

6.2 La ARS y las DIRIS LM, a fin de complementar la oferta de servicios de salud, identifican y coordinan con las organizaciones que hacen arreglos institucionales para la prestación de salud y otras, así como para prestar una cartera de servicios de salud y gestionar los determinantes sociales de la salud dentro de su ámbito territorial.

TÍTULO III

FUNCIONAMIENTO DE LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD - RIS

CAPÍTULO I

FUNCIONES DE LA RED INTEGRADA DE SALUD

Artículo 7.- Provisión de servicios de salud

7.1 Las RIS proveen servicios de salud en concordancia con las políticas nacionales de salud, multisectoriales o sectoriales de salud, y con la normatividad que emita la ANS, así como aquella que la ARS o las DIRIS LM adecuen, según la realidad sanitaria en su ámbito territorial.

7.2 Las RIS proveen servicios de salud para el cuidado integral de salud, a través de la promoción, prevención, tamizaje, diagnóstico, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, de manera articulada entre los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo que la conforman.

7.3 La provisión de servicios de salud en la RIS se brinda mediante prestaciones de salud comprendidas en la cartera de servicios de salud individual y de salud pública, que son de complejidad creciente, así como, aquellas intervenciones que contribuyan a la gestión de los determinantes sociales de la salud, bajo los principios de continuidad y complementariedad del cuidado integral de salud, entre los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de la RIS, a través de las modalidades de oferta fija, oferta móvil y telesalud, abordando condiciones de salud crónicas y condiciones de salud agudas, en el marco de las vías de cuidado integral en salud, y considerando la pertinencia intercultural de acuerdo al ámbito territorial.

7.4 Para la provisión de servicios de salud, el recurso humano en salud asignado a los establecimientos de salud de la RIS, pueden prestar servicios en el ámbito territorial de la RIS, según las necesidades diferenciadas de la demanda y el marco legal vigente.

7.5 La provisión de los servicios de salud en la RIS contempla la implementación de sistemas de información, así como, tecnologías de información y comunicación en salud bajo el marco normativo vigente de los estándares de interoperabilidad, seguridad y continuidad operativa para el intercambio de información.

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

8.1 En la RIS se gestionan los determinantes sociales de la salud de manera coordinada y articulada con la ARS, las DIRIS LM, y los gobiernos locales, con otros sectores, y otras instituciones, organizaciones representativas y actores sociales relacionados a los determinantes sociales de la salud.

8.2 La gestión de los determinantes sociales de la salud se realiza con la participación intersectorial, intergubernamental, de la sociedad civil, e incluye también aquellos determinantes sociales de la salud definidos en la Política Nacional Multisectorial de Salud, las Prioridades Nacionales de Salud, así como, las Prioridades Regionales y Locales, siendo estas últimas las de mayor importancia. Asimismo, involucra el uso de indicadores establecidos por la ANS en coordinación con la ARS y las DIRIS LM, de acuerdo a la realidad sanitaria local.

Artículo 9.- El funcionamiento de las Redes Integradas de Salud

9.1 El funcionamiento de la RIS se realiza, preferentemente, a través de la implementación de la estrategia de RIS iniciadoras de las ARS y las DIRIS LM, en coordinación con el MINSa, de manera anual y progresiva de acuerdo con las expresiones de interés del nivel regional o local.

9.2 El MINSa, en coordinación con las ARS y las DIRIS LM, determina anualmente las RIS iniciadoras durante el proceso de su implementación en todo el territorio peruano, pudiendo incorporar el inicio de otras RIS durante el año correspondiente.

9.3 En los ámbitos de implementación de RIS bajo la estrategia de RIS iniciadoras, se desarrolla mejoras en la coordinación entre los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo para la atención de salud, la calidad y la eficacia de los servicios de salud. Asimismo, se realiza el uso de tecnología de información para el seguimiento y la atención de los pacientes.

Artículo 10.- Gestión de la RIS y Rol de las Entidades en la RIS

10.1 La gestión de la RIS se realiza a través del Director de la RIS y los cinco Jefes de Equipo quienes son responsables de gestionar la provisión de los

servicios de salud individual y de salud pública, y de la prestación de salud y otros; dirigir, organizar y supervisar la gestión administrativa y la gestión clínica; articular y complementar los servicios de salud y los EMS en el ámbito de la RIS; así como, gestionar de los determinantes sociales de salud.

10.2 El Director de la RIS y los cinco Jefes de Equipo están ubicados y cumplen sus funciones en el establecimiento de salud público, de mayor capacidad resolutive del Primer Nivel de Atención de Salud, y dirigen los demás establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo en el ámbito territorial asignado.

10.3 Los gestores de la RIS organizan y supervisan la identificación y priorización del listado de vías de cuidado integral en salud, según perfil epidemiológico, la gestión clínica y administrativa y la implementación de los documentos normativos del sector salud, según clasificación de los establecimientos de salud, siendo las vías de cuidado integral en salud el principal factor a tomar en consideración.

10.4 El Director de la RIS y los cinco Jefes de Equipo, proponen las vías de cuidado integral en salud a implementar en su ámbito territorial, así como los flujos de referencia y contrarreferencia en la RIS, hacia los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive (Hospitales e Institutos de salud) y viceversa, dentro y fuera de su ámbito territorial, según la normatividad.

10.5 Corresponde a la ARS o las DIRIS LM aprobar la propuesta de la VCIS en su ámbito territorial, y al MINSa en coordinación con las ARS o las DIRIS LM, y de corresponder, la articulación e integración macrorregional o nacional, de acuerdo a la normatividad vigente.

10.6 Los Hospitales, Institutos de Salud Especializados, los servicios médicos de apoyo, así como los servicios de transporte asistido entre otros, son parte de la RIS a nivel regional, macrorregional o nacional según corresponda, complementando la cartera de servicios de salud y en el marco de las vías de cuidado integral de salud.

10.7 Los Hospitales e Institutos de Salud Especializados se adecuan progresivamente a su rol en el marco de la RIS para lo cual realizan ajustes en su organización y funciones.

10.8 La RIS en coordinación con la ARS y las DIRIS LM, según corresponda, difunde los resultados sanitarios anuales de la RIS.

10.9 El MINSa como ente rector del Sistema Nacional de Salud, formula, planea, dirige, ejecuta, monitoriza, supervisa y evalúa la política pública sectorial, multisectorial relacionada a la RIS; y conjuntamente, de manera coordinada, con las ARS y las DIRIS LM implementan las RIS y definen su ordenamiento.

10.10 Las ARS y las DIRIS LM, conducen y brindan asistencia técnica en el proceso de implementación de las RIS en su ámbito territorial en el marco del proceso de descentralización, según lo dispuesto en el presente Reglamento, en el Plan Nacional de implementación de las RIS, Plan de Salud de las Redes Integradas de Salud y los documentos normativos que emite el MINSa.

CAPÍTULO II

PRESTACIÓN DE SALUD EN LA RED INTEGRADA DE SALUD

Artículo 11.- Prestaciones de Salud y otras en la RIS

Las RIS proveen prestaciones de salud conforme a la cartera de servicios de salud individual y de salud pública, y otras prestaciones, de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo que la integran, y de acuerdo a las vías de cuidado integral en salud organizadas.

Artículo 12.- Cuidado Integral de la Salud

El Cuidado Integral de la Salud comprende la atención de salud que se brinda a las personas, familia y comunidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo que integran la RIS, articulándose de manera complementaria entre el primer, segundo y tercer nivel de atención de salud, a través, de la oferta de servicios de salud que puede ser: oferta móvil, fija o telesalud, y los cuidados que responden a las necesidades de salud

de la persona, familia y comunidad como sujetos de intervención.

El Cuidado Integral de la Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad, se desarrolla acorde al marco normativo determinado por el MINSa, e incluye las intervenciones intersectoriales, sociales e intergubernamentales sobre los determinantes sociales de la salud.

Artículo 13.- Capacidad resolutive de la RIS

13.1 La capacidad resolutive de la RIS se sostiene a través de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo que la conforman, y las instituciones y organizaciones que prestan o hacen arreglos para prestar servicios de salud que se encuentren en su ámbito y que se integren.

13.2 Está basada en la cartera de servicios de salud de complejidad creciente, que incluye prestaciones de salud especializadas, procedimientos médicos y sanitarios estandarizados, apoyo al diagnóstico y tratamiento (patología clínica, diagnóstico por imágenes y otros).

13.3 Implica la disponibilidad de recursos humanos y recursos tecnológicos en salud (productos farmacéuticos y dispositivos médicos, productos sanitarios, equipamiento entre otros).

13.4 Puede ser ampliada a través de la articulación y complementación con otras RIS.

13.5 Cada RIS conformada elabora la cartera de servicios de salud que contiene prestaciones de salud individual y prestaciones de salud pública, y define las prestaciones económicas y sociales, asimismo, incorpora las intervenciones para la gestión de los determinantes sociales de salud, según la necesidad de salud de la población de su ámbito territorial, considerando la pertinencia intercultural.

Artículo 14.- La Coordinación del Cuidado Integral de Salud e Integración Clínica en la RIS

14.1 La coordinación del Cuidado Integral de Salud es el atributo de la APS referido a la interacción entre el personal de la salud para concertar que todos los servicios de salud, independientemente del lugar donde se brinden, estén armonizados en una acción o esfuerzo común.

14.2 La interacción entre el personal de la salud involucra la transferencia y uso de información clínica, provisión de servicios de salud de manera secuencial y complementaria, de acuerdo al Plan de Salud de la Red Integrada de Salud y a las VCIS respectivas, en base a las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad.

14.3 La integración clínica en la RIS es el resultado de la coordinación del Cuidado Integral de Salud que se realiza entre los prestadores de salud de los diferentes niveles de atención de salud en el SNS, dependiendo de la condición del usuario de salud y de la toma de decisión clínica del prestador de salud, basada en evidencia científica y con relación costo-efectividad.

14.4 En la RIS se emplean mecanismos o instrumentos de coordinación del cuidado integral de salud, como: los de normalización de procesos (guías de práctica clínica, vías de cuidado integral en salud, entre otros). Asimismo, la normalización de competencias del personal, normalización de resultados, y la adaptación mutua, entre otros.

14.5 En la RIS se promueven diversas modalidades de integración, interoperabilidad informática, articulación, coordinación y complementación entre los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, así como, con otras instituciones u organizaciones que se encuentren ubicadas en el ámbito de la RIS, y con las instancias de coordinación intersectorial y sociales en función a los determinantes sociales de la salud.

14.6 En la RIS se desarrollan los procesos de promoción, prevención, tamizaje, diagnóstico precoz, confirmación diagnóstica, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, con énfasis en el abordaje de los problemas de salud de acuerdo al ciclo completo de atención, basada en evidencia clínica y relación costo-efectividad.

14.7 Para la integración clínica se emplean herramientas de gestión clínica estandarizadas para los cuidados integrales de salud, que son aprobadas por el MINSa mediante Resolución Ministerial.

Artículo 15.- Acceso a los servicios de salud

15.1 Las personas son asignadas a un establecimiento de salud del primer nivel de atención de salud de la RIS, de acuerdo a la dirección consignada en su Documento Nacional de Identidad o Carnet de Extranjería, u otro documento reconocido normativamente y que permita acreditar su identidad; sin embargo, el acceso a los servicios de salud no queda supeditado al establecimiento asignado, primando la necesidad y oportunidad en la atención en el ámbito de la RIS. Para el ámbito nacional se desarrolla el proceso de portabilidad.

15.2 Las personas pueden solicitar su cambio de asignación a la RIS de acuerdo con la normativa del MINSa. Se exceptúa de esta asignación a los Hospitales e Institutos de Salud Especializados.

15.3 La RIS implementa el sistema de citas en línea o equivalente que se disponga, así como, los flujos de referencia y contrarreferencia, de acuerdo con la cartera de servicios de salud de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo que la conforman, y las instituciones y organizaciones que prestan o hacen arreglos para prestar servicios de salud que se encuentren en su ámbito, bajo el marco de las vías de cuidado integral en salud.

15.4 A cada EMS se le asigna un conjunto de personas y familias para brindar los cuidados integrales de la salud, para lo cual previamente se nominaliza y georreferencia de acuerdo a los sectores sanitarios del territorio de la RIS, en los diversos escenarios de intervención según el Modelo de Cuidado Integral de la Salud por Curso de Vida, para la Persona, Familia y Comunidad.

15.5 Los EMS desarrollan las intervenciones de salud bajo las modalidades de oferta fija, móvil o telesalud, según el Plan de Salud de la RIS.

Artículo 16.- Gestión Clínica y Operativa en las RIS

16.1 La Gestión Clínica y Operativa en las RIS comprende el conjunto de procesos de cuidado y atención integral de la salud, y aquellos asociados a las prestaciones económicas y sociales, así como, para la gestión de los determinantes sociales de la salud; hacen uso de recursos humanos, físicos, materiales y tecnológicos en salud, y en el marco de la RIS son ejecutados por los EMS y las UPSS; de acuerdo a las vías de cuidado integral en salud incluyen a los Hospitales e Institutos de Salud Especializados.

16.2 Estos procesos garantizan la continuidad de los cuidados integrales de la salud de la población asignada a la RIS, y la complementariedad de estos con prestaciones de salud de atención pre - hospitalaria y otras de mayor complejidad brindadas por los establecimientos de salud, instituciones u organizaciones fuera de la RIS.

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

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

16.5 En la RIS se implementa la gestión clínica, para los procesos de toma de decisiones en la atención de salud directa a las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, a través de la práctica clínica basada en la evidencia, para lograr la eficacia de las prestaciones de salud, la efectividad de los procesos asistenciales y la eficiencia en el uso de los recursos.

16.6 Forman parte de los procesos operativos en la RIS aquellos que contribuyan para la gestión de los determinantes sociales de la salud, con acciones intersectoriales, sociales e intergubernamentales, con la participación social.

Artículo 17.- Gestión y disponibilidad de los recursos en la RIS

Los recursos humanos, tecnológicos y financieros de la RIS se gestionan eficaz y eficientemente de manera articulada y optimizada, asignándolos y distribuyéndolos entre los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo que la conforman, para el cumplimiento de las funciones de la RIS, según las necesidades de salud y generando economías de alcance y de escala, a fin de garantizar su disponibilidad para el cuidado integral de la salud.

CAPÍTULO III

FINANCIAMIENTO DE LA RED INTEGRADA DE SALUD

Artículo 18.- Financiamiento de la RIS

18.1 La RIS se financia con cargo al presupuesto institucional de las entidades involucradas, y se alinea con los objetivos y resultados sanitarios.

18.2 El desarrollo de la conformación y funcionamiento de las RIS se promueve mediante mecanismos de incentivos que favorezcan la integración para la provisión de servicios de salud.

18.3 El financiamiento de las prestaciones de salud de la RIS prioriza la modalidad de pago prospectivo, sin perjuicio de la aplicación de otras modalidades y mecanismos de pago dispuestos en las normas vigentes.

18.4 La implementación del financiamiento de la RIS implica el desarrollo de los mecanismos que transparenten la asignación, ejecución, seguimiento y el resultado de los gastos sanitarios previstos.

18.5 El MINSa, según corresponda, aprueba o propone ante las instancias correspondientes, las disposiciones complementarias que regulen el financiamiento por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, de las prestaciones de salud o de las prestaciones económicas efectivamente convenidas o contratadas para los asegurados en el territorio de la RIS, incluyendo situaciones de emergencia.

18.6 Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, así como, las instituciones u organizaciones que prestan y hacen arreglos para prestar servicios de salud, en caso se incorporen a la RIS, se financian con cargo a los presupuestos institucionales aprobados para el año fiscal correspondiente, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público, y atendiendo a la propia naturaleza de dichas entidades.

Artículo 19.- Mecanismos de asignación de recursos a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo

19.1 Las entidades involucradas en las RIS financian, con cargo a los recursos de sus presupuestos institucionales, las actividades realizadas por los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo priorizando las necesidades de salud de la población y promoviendo la mejora de la capacidad resolutoria, la oportunidad, continuidad, seguridad y calidad de las prestaciones de salud, así como el logro de resultados sanitarios en las personas del territorio.

19.2 La ARS y las DIRIS LM, en cumplimiento del marco normativo y con cargo a su presupuesto institucional, para el caso de las RIS que no sean unidades ejecutoras, deben favorecer mecanismos que permitan a la RIS asegurar el uso adecuado de los recursos asignados para la ejecución del Plan de Salud de la RIS, como la ejecución por encargo, entre otros.

19.3 Para el caso de las RIS que no sean unidades ejecutoras, se constituyen en centros de costo en las unidades ejecutoras de los pliegos presupuestales correspondientes, incluyendo a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo que las conforman, y se les asigna las metas físicas y presupuestarias de las actividades operativas que les corresponden durante las fases del proceso presupuestario, conforme lo establecido

en el Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.

TÍTULO IV

ARTICULACIÓN, GOBERNANZA Y MECANISMOS DE CONTROL DE LA RIS

CAPÍTULO I

MECANISMOS DE ARTICULACIÓN DE LAS RIS

Artículo 20 - De los mecanismos de articulación

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

20.2 El MINSA, las ARS y las DIRIS LM, mantienen permanente coordinación, articulación funcional y cooperación para establecer las prioridades y necesidades sanitarias y su atención oportuna, armonizando el interés nacional, regional y local en salud, en el marco de las políticas nacionales sectoriales y multisectoriales de salud, y la normatividad que emita el MINSA como ANS.

20.3 En la integración de la RIS, los establecimientos de salud y servicios médico de apoyo, que no pertenecen al MINSA ni a los GORES, así como las instituciones u organizaciones públicas, se pueden integrar a las RIS, además del intercambio prestacional, a través de la suscripción de convenios o contratos de integración celebrados por la ARS o la DIRIS LM según corresponda, con la institución u organización a integrarse, la cual cumple con las características técnico- asistenciales homologadas; así como, con la capacidad resolutoria mínima requerida por la RIS para garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, seguridad y calidad de las prestaciones de salud que preste la RIS.

20.4 La articulación para la gestión de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de la RIS, se desarrolla a través de los Comités Distritales de Salud, que son las instancias de coordinación interinstitucional en el nivel local. La instalación, celebración de sesiones y cumplimiento de los acuerdos por parte de los Comités Distritales de Salud es obligatoria según lo estipulado en el marco normativo vigente respecto a las Instancias de Coordinación Interinstitucional. El MINSA en coordinación con las ARS establecen mecanismos de supervisión y seguimiento para garantizar su cumplimiento.

CAPÍTULO II

GOBERNANZA EN SALUD Y LA RED INTEGRADA DE SALUD

Artículo 21.- Participación de la RIS en la Gobernanza en Salud

21.1 En la RIS la gobernanza se desarrolla con un enfoque territorial, a través de la interacción entre los Gestores de las Redes Integradas de Salud, las instituciones, organizaciones y los actores sociales del ámbito territorial de la RIS, mancomunando acciones y recursos para la gestión de los determinantes sociales de la salud, que incluye su abordaje.

21.2 Los gestores de la RIS, a través del Director de la RIS, proponen a la ARS y las DIRIS LM, los determinantes sociales de la salud priorizados para su ámbito, a fin de que sean tratados en la instancia de gobernanza en salud correspondiente.

Artículo 22.- La ARS, DIRIS LM, gobiernos locales y la Gobernanza en Salud

Corresponde a la ARS, las DIRIS LM y a los gobiernos locales en su ámbito, lo siguiente:

22.1 La priorización de los determinantes sociales de la salud para su gestión.

22.2 Coordinar y promover la concertación a nivel intersectorial, intergubernamental e interinstitucional que conlleven a acuerdos vinculantes con el fin de mitigar, prevenir, controlar o neutralizar el efecto de los determinantes sociales de la salud priorizados. Esta disposición se enmarca en las acciones de seguimiento y supervisión establecidas en el artículo 20 numeral 20.4 del presente reglamento.

22.3 Monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de los acuerdos de la gestión de los determinantes sociales de la salud.

CAPÍTULO III

MECANISMOS DE CONTROL DE LA RIS

Artículo 23.- Rendición de cuentas

El Director de la RIS rinde cuentas ante la ARS o las DIRIS LM, en base al Plan de Salud de la RIS, sobre el desempeño de la RIS, los resultados sanitarios (de salud individual, salud pública y de la gestión de los determinantes sociales de la salud) y sobre los recursos humanos, físicos, materiales, tecnológicos, económicos, inversiones en salud, entre otros.

Artículo 24.- Informe del MINSA al Congreso de la República

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

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA.- Funcionamiento

El funcionamiento de las RIS empieza de manera progresiva preferentemente a través de la estrategia de iniciadores de la implementación de RIS. El MINSA define anualmente en coordinación con la ARS, DIRIS LM, el número de RIS a implementarse. Esto no limita que otras RIS no consideradas como iniciadoras también inicien su funcionamiento, coordinando para ello con la autoridad según corresponda.

SEGUNDA.- Normas complementarias

El MINSA, en un plazo máximo de ciento ochenta días contados a partir de la entrada en vigencia del presente reglamento, expide la normativa e instrumentos técnicos necesarios para la implementación del presente reglamento, e incluye entre otros documentos normativos, los siguientes: Plan de Salud de la RIS, Conformación de las RIS, Estrategia de las Redes Iniciadoras y Herramientas de Gestión Clínica.

TERCERA.- Participación de integrantes de EMS en diferentes RIS

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

CUARTA.- Gestión de la RIS en establecimientos cuya administración está en el marco de la Ley N° 29124, Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones

Los establecimientos de salud pertenecientes a una RIS, cuya administración está a cargo de las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS), se integran a la RIS, cuya gestión se realiza desde el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutoria, en concordancia

con la Ley N° 29124 Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones.

QUINTA.- Implementación de la Gestión en la RIS

El MINSA, a propuesta de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización y en un plazo de noventa días contado a partir de la entrada en vigencia del presente reglamento, emite los documentos normativos requeridos para la organización, procesos e implementación administrativa para la gestión de la RIS.

Mediante acto resolutivo de la ARS y de las DIRIS LM correspondiente, se establece el proceso de transición de las Redes de Salud hacia las RIS.

SEXTA.- Conformación

La conformación del total de RIS tiene como plazo máximo el 31 de diciembre del año 2024, y se emplea el Sistema Geoespacial de las RIS.

SÉPTIMA.- Integración de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo privados a las Redes Integradas de Salud.

En un plazo de ciento ochenta días contado a partir de la entrada en vigencia del presente reglamento, se aprueba la normativa aplicable a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo privados para su integración a las Redes Integradas de Salud.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRANSITORIA

ÚNICA.- Proceso de adecuación normativa

En caso de incompatibilidad entre las disposiciones del presente reglamento y las disposiciones del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aplican las primeras, en tanto se aprueba la actualización de este último.

2336206-3

Autorizan viaje de profesionales de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas a Colombia, en comisión de servicios

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 709-2024/MINSA

Lima, 18 de octubre del 2024

Visto, el Expediente ELAB-DIGEMID20240000141 que contiene el Informe N° D000087-2024-DIGEMID-MINSA de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas; el Memorándum N° D002920-2024-OGA-MINSA de la Oficina General de Administración; el Memorándum N° D002966-2024-OGGRH-MINSA de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos y la Nota Informativa N° D001151-2024-OGAJ-MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 5 de la Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, establece que la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) es la entidad responsable de proponer políticas, y dentro de su ámbito, normar, regular, evaluar, ejecutar, controlar, supervisar, vigilar, auditar, certificar y acreditar en temas relacionados a lo establecido en la referida Ley, implementando un sistema de administración eficiente sustentado en estándares internacionales;

Que, el artículo 11 de la acotada Ley señala que el Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura, emitido por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y

Drogas - DIGEMID como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, constituye requisito previo para la inscripción y reinscripción de dichos productos en el Registro Sanitario;

Que, asimismo, el artículo 22 de la citada Ley dispone que las personas naturales o jurídicas, públicas y privadas que se dedican para sí o para terceros a la fabricación, a la importación, a la distribución, al almacenamiento, a la dispensación o al expendio de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, deben cumplir con los requisitos y condiciones sanitarias establecidas en el Reglamento respectivo y en las Buenas Prácticas de Manufactura, de Laboratorio, de Distribución, de Almacenamiento, de Dispensación y de Seguimiento Farmacoterapéutico y demás aprobados por la Autoridad Nacional de Salud (ANS) a propuesta de la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM), según corresponda, y contar con la certificación correspondiente, en los plazos que establece el Reglamento;

Que, el numeral 6.1 de la Directiva Administrativa N° 165-MINSA/DIGEMID V.01, Directiva Administrativa para la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura en Laboratorios Nacionales y Extranjeros, aprobada por Resolución Ministerial N° 737-2010/MINSA, señala que el Ministerio de Salud como Autoridad Nacional de Salud, a través de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas como Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, otorga la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura a los laboratorios dedicados a la fabricación de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios a nivel nacional e internacional, previa auditoría para verificar su cumplimiento;

Que, conforme a lo dispuesto en el numeral 6.17 de la citada Directiva, numeral modificado por la Resolución Ministerial N° 798-2016/MINSA, en la certificación de laboratorios extranjeros, estos abonarán en la cuenta que establezca el Ministerio de Salud, los montos correspondientes a la tarifa según el Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) vigente, más la cantidad que se defina en una Pre-Liquidación que incluya los costos de pasajes y viáticos para el personal que realizará dicha certificación;

Que, a través del Informe N° D000087-2024-DIGEMID-MINSA, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas indica que la empresa HERSIL S.A.C. LABORATORIOS INDUSTRIALES FARMACEUTICOS, ha solicitado la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) del laboratorio C.I. FARMACAPSULAS S.A.S., ubicado en la ciudad de Barranquilla, República de Colombia, precisándose que la citada empresa ha cumplido con el pago del derecho de tramitación previsto en el Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA), incluyen los costos por concepto de pasajes y viáticos;

Que, en atención al documento señalado en el considerando precedente, se solicita la autorización de viaje al exterior de los químicos farmacéuticos EDWIN ALBERTO CORONADO FARIS y JHONATAN MANUEL SEBASTIAN ZAVALETA, profesionales de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, a fin que realicen la inspección al citado laboratorio del 23 al 30 de octubre de 2024;

Que, según lo señalado en la Nota Informativa N° D000596-2024-OGA-OT-MINSA, la Oficina de Tesorería de la Oficina General de Administración ha verificado los depósitos efectuados por la empresa HERSIL S.A.C. LABORATORIOS INDUSTRIALES FARMACEUTICOS, conforme a los Recibos de Ingreso N° 2723 y N° 3755, de fecha 7 de mayo y 28 de junio de 2024, respectivamente, con los cuales se cubre íntegramente los costos del viaje de la inspección solicitada por la empresa en mención, incluyendo el pago de los pasajes y viáticos;

Que, con Memorándum N° D002920-2024-OGA-MINSA, la Oficina General de Administración informa que los gastos que irroga el viaje al exterior de los indicados profesionales por concepto de pasajes y viáticos, incluido los gastos de instalación, serán cubiertos con cargo a la fuente de financiamiento de Recursos Ordinarios del Pliego 011: Ministerio de Salud, conforme a las Certificaciones