



PERÚ

Ministerio de Salud

VICEMINISTERIO DE
PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD

REDES INTEGRADAS DE SALUD (RIS) con CALIDAD

“Una respuesta articulada a las necesidades de la población”

EL PERÚ PRIMERO



Barreras acceso a servicios de salud

Segmentación

Fragmentación

Descentralización

Niveles de
atención

Economía

Conducción

Pluritemporalidad

- Tabús, miedo y desconfianza del usuario
- Estigmatización y discriminación del usuario o temor a ello
- Conjunto de creencias o etnomédicas del usuario

Aceptabilidad



- Largos tiempos y listas de espera
- Horarios inadecuados del servicio o farmacia, o falta de cumplimiento del horario

Accesibilidad
organizativa



- Falta de información relacionada con la enfermedad, el autocuidado y el tratamiento
- Insatisfacción con las condiciones de los EESS

Cobertura
Efectiva



- Falta de medicamentos, material de diagnóstico u otros insumos en los EESS
- Falta de personal con habilidades para atender
- Falta de infraestructura física y equipamiento, en el primer nivel y en el especializado

Disponibilidad



- Bajo nivel de conocimientos de los usuarios sobre servicios de salud preventiva

Contacto



- Largo tiempo de viaje o larga distancia

Accesibilidad
geográfica



- Necesidad de seguro de salud

Accesibilidad
financiera



Marco normativo - RIS

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

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.

- Provisión de los servicios de salud integrales a la población de su ámbito.
- Gestión de los determinantes sociales de la salud.

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

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Objeto

El presente Reglamento 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

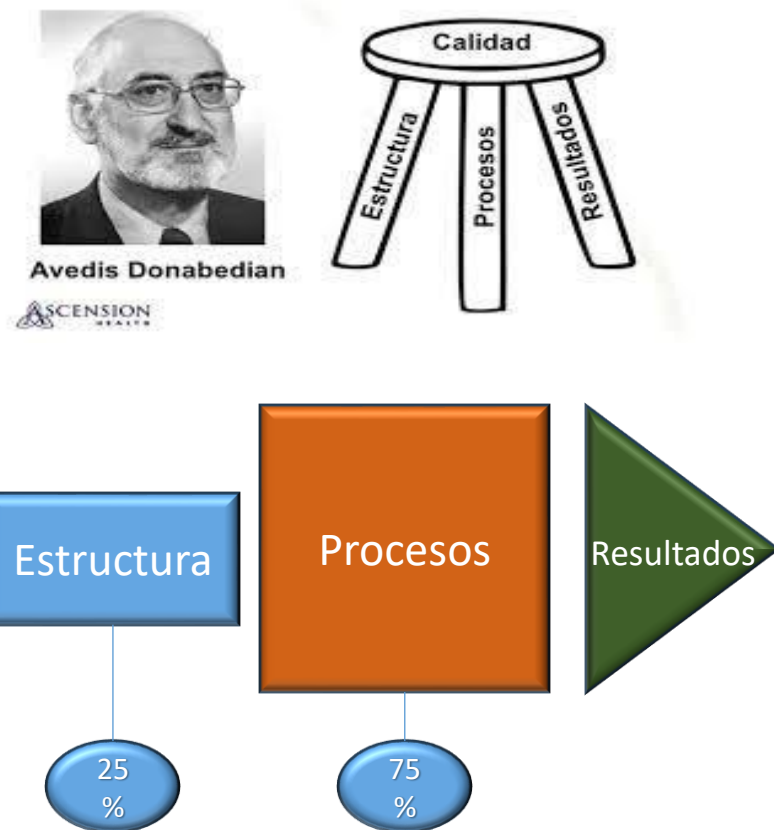
El Reglamento es de cumplimiento obligatorio en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales.

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.

CALIDAD EN SALUD – RIS

¿Por qué?

- Aprox. 15% del gasto hospitalario en los países de altos ingresos se utiliza para corregir complicaciones evitables de la atención y daños a los pacientes.
- 15% de las muertes anuales están asociadas a la mala calidad de la atención en los países de ingresos bajos y medianos.
- La mala calidad afecta desproporcionadamente a los grupos más vulnerables, y los costos económicos y sociales (...) ascienden a billones de dólares cada año.
- 1/5 parte de los recursos sanitarios usados generan muy pocas mejoras.
- Una de las diez principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo son los eventos adversos producto de una atención insegura.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud implica mejorar la calidad y seguridad.
- Mala calidad disminuye la confianza en el sistema de salud.
- Cobertura Sanitaria Universal.
- Atención Primaria de Salud.



CALIDAD EN SALUD

Facilitadores de la mejora de la calidad

- Trabajo en equipo
- Buen liderazgo clínico
- Habilidad del personal clínico para evaluar la calidad

Principales barreras para la mejora de la calidad

- Altos niveles de demanda de los pacientes
- Demasiadas demandas de las agencias
- Escasez de personal clínico

	GP partner	Salaried GP	GP trainee	All GPs	Practice manager			
Working well as a team	98	97	99	98	97			
Good clinical leadership	97	92	99	96	95			
Clinical staff have the skills to assess quality	93	94	99	94	93			
Routine monitoring of care	92	93	98	93	93			
Non-clinical staff have the skills to assess quality	84	84	97	85	85			
Clinical staff trained in improvement	84	86	97	86	78			
Non-clinical staff trained in improvement	82	86	96	84	77			
Protected time	76			GP partner	Salaried GP	Trainee GP	All GPs	Practice manager
Wide range of information to evaluate services	76	High levels of patient demand		97	94	85	95	95
Active patient group	61	Too many demands from NHS agencies		96	93	87	95	93
Other support from external organisations	44	Clinical staff shortages		84	85	75	84	77
Financial support from external organisations	36	Non-clinical staff shortages		64	70	64	65	58
		Not having the right skill mix		52	50	37	50	50
		Not having enough data		43	44	36	43	44
		Lack of skills to manage or analyse data		43	44	31	42	51
		Not all GPs engaged in improvement		38	43	33	39	46
		Not all non-clinical staff engaged with improvement		37	46	41	39	42
		Communication problems		28	40	29	31	31
		Lack of interest in improvement issues in the practice		27	31	25	28	35

CALIDAD EN SALUD

Mecanismos de Garantía de la Calidad

Determinantes clave de la calidad

- La gobernanza general y el marco regulatorio del sistema de salud.

Definición de normas

- Definir normas fundamentales para la atención.

Mecanismos integrados en la gobernanza

- Asegura la prestación adecuada de los servicios de salud.

Mecanismos a nivel del sistema

- Mecanismos **obligatorios**
- Mecanismos **basados en el mercado**

Mecanismos organizacionales

- Acreditación.
- Iniciativas de mejora de calidad.
- Protocolos clínicos y seguimiento de calidad y seguridad.

Licencias profesionales.

Legislación sobre negligencia médica.

Mejora continua con informes de calidad.

Notificación obligatoria de incidentes.

Auditoría externa e inspección.

Incentivos.

Gobernanza mediante contratación.

Evaluación comparativa de proveedores.

Evaluación y clasificación según desempeño.



Política Nacional de Calidad en Salud (2009)

Con respecto a las Organizaciones

Proveedoras de Atención de Salud y sus EESS

- **Establecen y dirigen las estrategias de implementación** de la PNC, mediante sistemas y procesos organizacionales orientados al desarrollo de una cultura centrada en las personas y que hace de la mejora continua su tarea central.
- **Assumen como responsabilidad** que las IPRESS bajo su administración **cumplan las normas y estándares** de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención.
- **Assumen como responsabilidad** que los IPRESS bajo su administración, **implementen mecanismos para la gestión de riesgos** derivados de la atención de salud.
- **Assumen como responsabilidad** que la IPRESS bajo su administración, **protejan los derechos** de los usuarios, promuevan y velen por un trato digno, asimismo, **fomenten prácticas de atención** adecuadas a los enfoques de **interculturalidad y género** y brinden las **facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana** de la atención de salud.
- **Assumen como responsabilidad** que las IPRESS bajo su administración, **garanticen las competencias laborales** de los trabajadores que proveen la atención, brinden adecuadas **condiciones de trabajo y protección** frente a los riesgos laborales e incentiven a sus trabajadores en relación a la mejora de la calidad de la atención.
- **Asignan** a las IPRESS bajo su administración, **los recursos necesarios** para la gestión de la calidad de la atención de salud.

Con respecto a la Ciudadanía

- **Ejercen y vigilan el respeto a su derecho** a la atención de salud con calidad y **se corresponsabilizan del cuidado de su salud**, la de su familia y la comunidad, contando para ello con el apoyo de la AS..

Intervenciones para mejorar la calidad (2018)

Mejora de la atención clínica

Las herramientas de apoyo a la toma de decisiones clínicas.

Las normas, vías y protocolos clínicos.

La auditoría y la retroalimentación.

Las revisiones de la morbilidad y la mortalidad.

Ciclos de mejora basados en la labor y colaboración de equipo.

Participación y empoderamiento del paciente, los familiares y la comunidad

Formalizados de la comunidad.

Conocimientos sobre la salud.

Toma de decisiones compartida.

Apoyo de los pares y los grupos de pacientes expertos.

La experiencia de la atención por parte de los pacientes.

Las herramientas de autogestión de los pacientes.

Llamado a la acción (2020)

Todos los trabajadores de la salud deben:

Participar en mediciones y mejoras de calidad con sus pacientes;

Adoptar una filosofía de práctica de trabajo en equipo;

Ver a los pacientes como aliados;

Comprometerse con suministrar y utilizar datos para demostrar la efectividad y seguridad de la atención.

Todos los ciudadanos y pacientes deben:

Estar empoderados y para participar activamente;

Jugar un papel preponderante en el diseño de nuevos modelos de atención;

Ser informados en el derecho al acceso a atención con estándares de calidad;

Recibir apoyo, información y habilidades para manejar sus condiciones.

CALIDAD EN SALUD

Construcción de mecanismos de calidad en las bases de los sistemas de atención en salud

Elementos críticos:

RRHH

EESS

Tecnologías en salud

TICs

Financiamiento.

Gobierno

Formula-
dores de
políticas

Líderes
del Sist.
Salud

Pacientes

Clínicos

Garantizar una fuerza de trabajo en de la salud de alta calidad

Garantizar la excelencia en todas las instalaciones de atención en salud

Garantizar el uso seguro y efectivo de tecnologías en salud

Garantizar el uso efectivo de sistemas de información de la salud

Desarrollar mecanismos de financiamiento que soporten la mejora continua de calidad

DEFINICIONES

D.L. 1166 - REDES DE ATENCION PRIMARIA

- Es el conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas que se articulan funcionalmente a través de acuerdos de carácter institucional o contractual para prestara servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud a una población definida y ubicada en un espacio geográfico determinado.
- Asimismo, coordina con las diferente entidades públicas y privadas que actúan en sus ámbito geográfico para el abordaje de los determinantes de la salud.

Artículo 9.- Cogestión

El Ministerio de Salud o el organismo competente, en el caso de Lima Metropolitana, o el gobierno regional, podrán realizar convenios de gestión directamente con asociaciones civiles sin fines de lucro que desarrollan acciones de cogestión en salud para la Red Integrada de Atención Primaria de Salud.

Ley 30885- REDES INTEGRADAS DE SALUD

- Conjunto de organizaciones que prestan, o hacen 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.
- La RIS en su ámbito territorial se articula con los diferentes actores sociales, sectores, órganos de gobierno nacional, regional y local, para tomar acuerdos, mancomunar esfuerzos y recursos para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

ATRIBUTOS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Primer Contacto



Puerta de entrada al sistema salud:
punto de inicio de la atención y filtro
para acceder a otros servicios

Longitudinalidad

2015

2016

2017



Asistencia centrada en la persona a lo
largo del tiempo

Integralidad



Promoción



Prevención



Recuperación



Rehabilitación

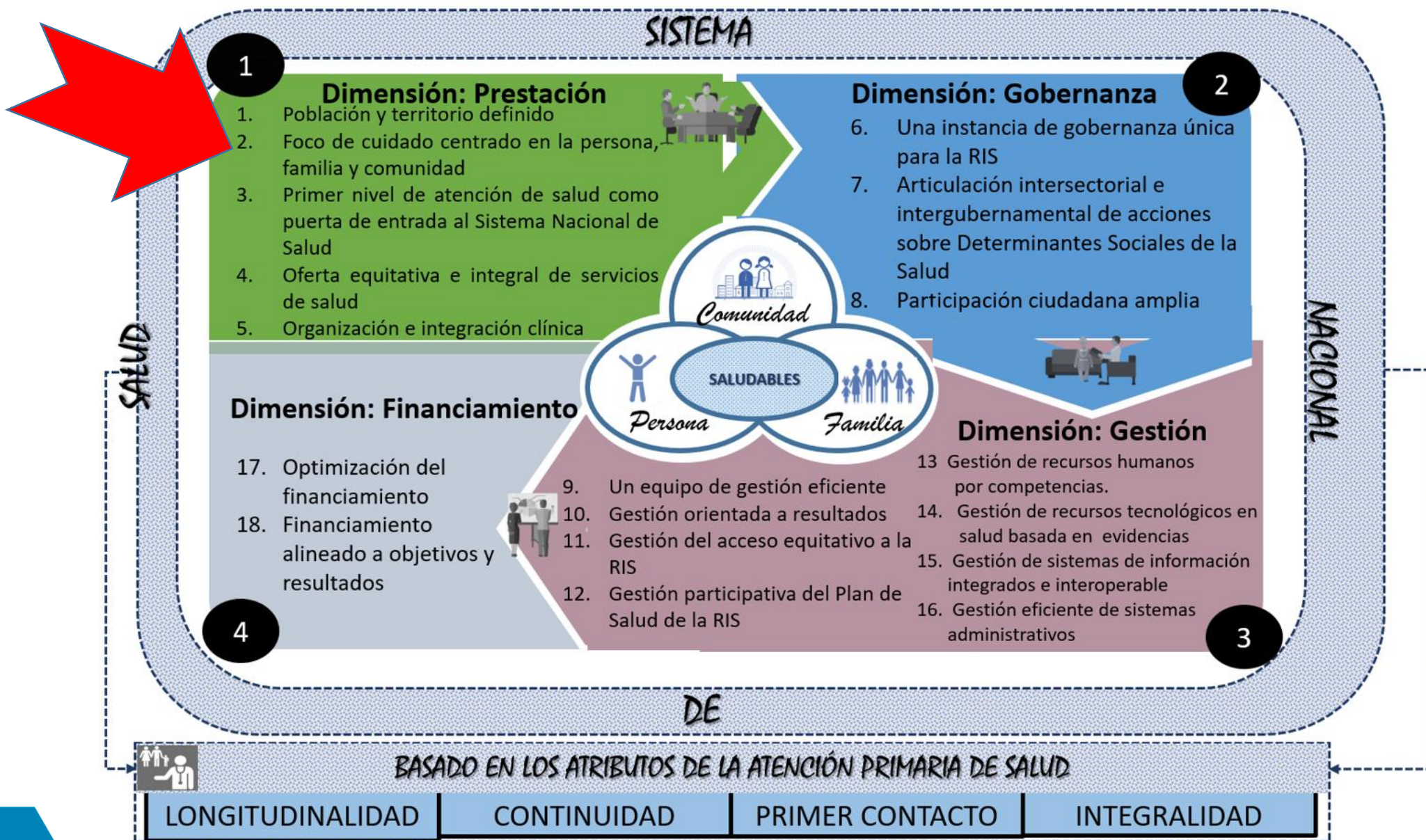


Continuidad

ES Primer
Nivel

Hospitales

MODELO DE LA RIS





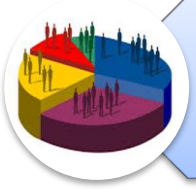
Tamaño de la Población



Cobertura Prestacional



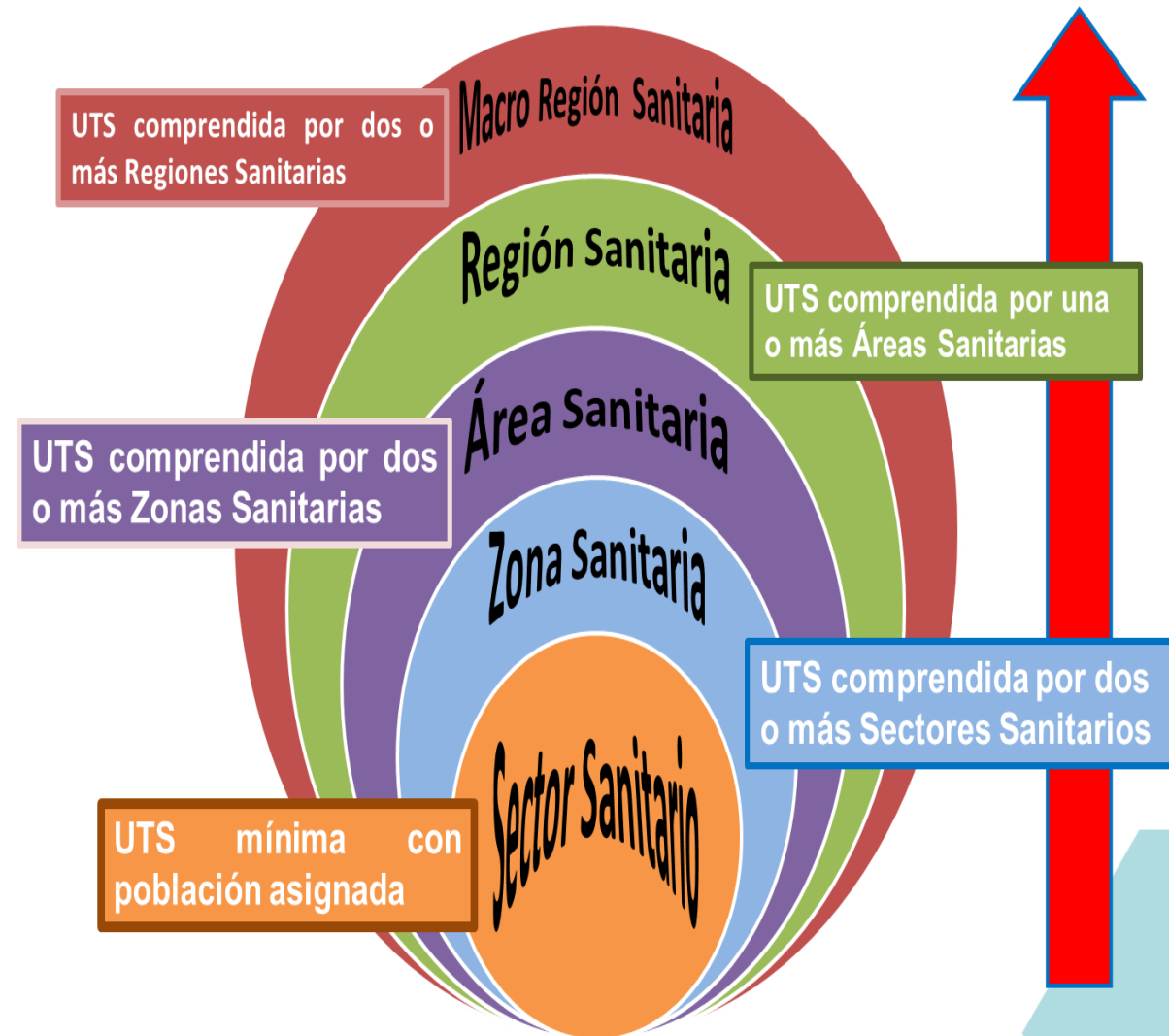
Accesibilidad Geográfica



Densidad Poblacional



Relación con Circunscripción
Política Administrativa



ATRIBUTOS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Titulo tema 2.1

Primer Contacto



Puerta de entrada al sistema salud:
punto de inicio de la atención y filtro
para acceder a otros servicios

Longitudinalidad

2015

2016

2017



Asistencia centrada en la persona a lo
largo del tiempo

Integralidad



ción

Rehabilitación

La integralidad es la capacidad de
resolver la mayoría de los problemas
de salud de la población atendida



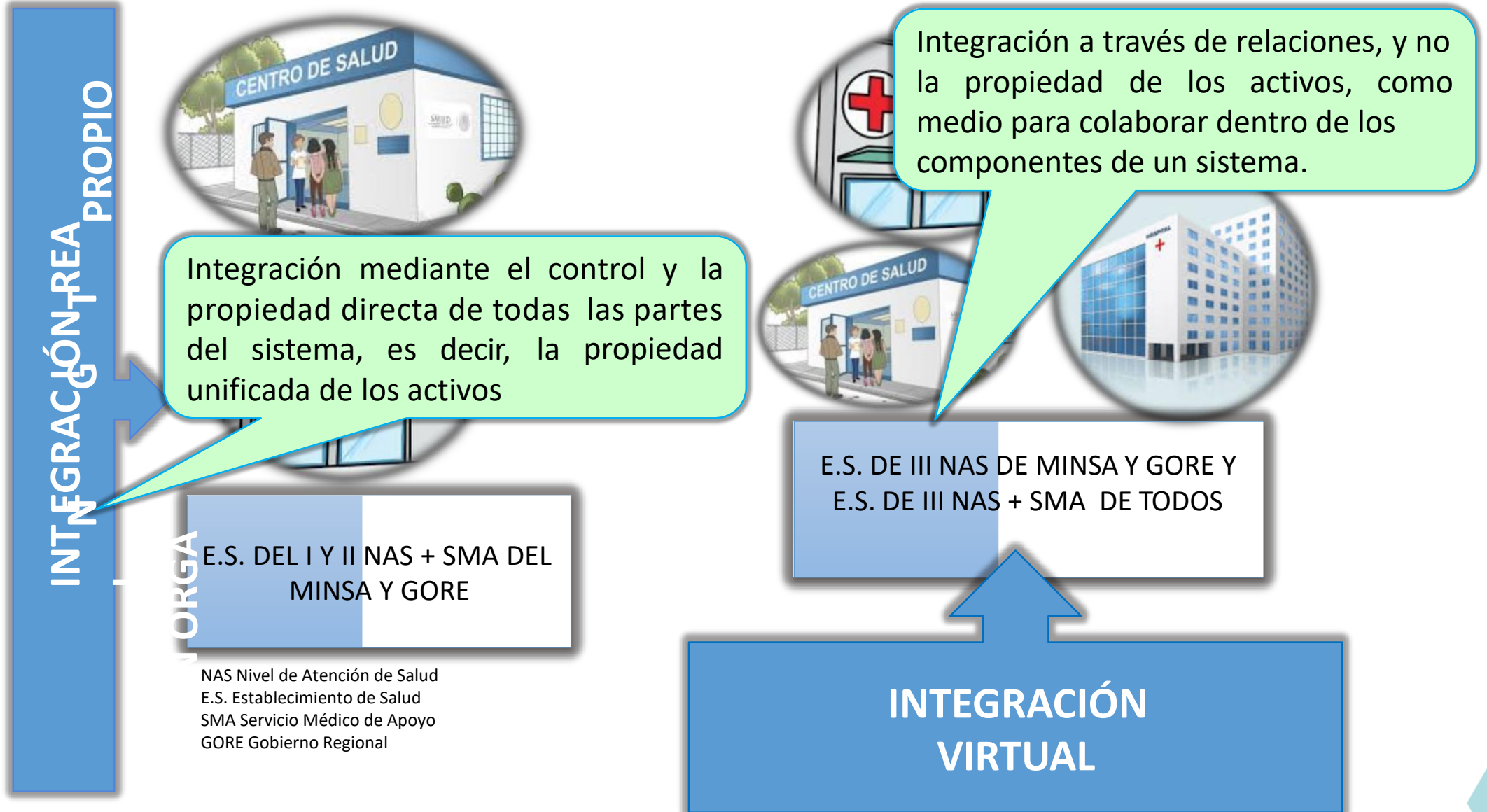
Continuidad/coordinación

ES Primer
Nivel

Hospi

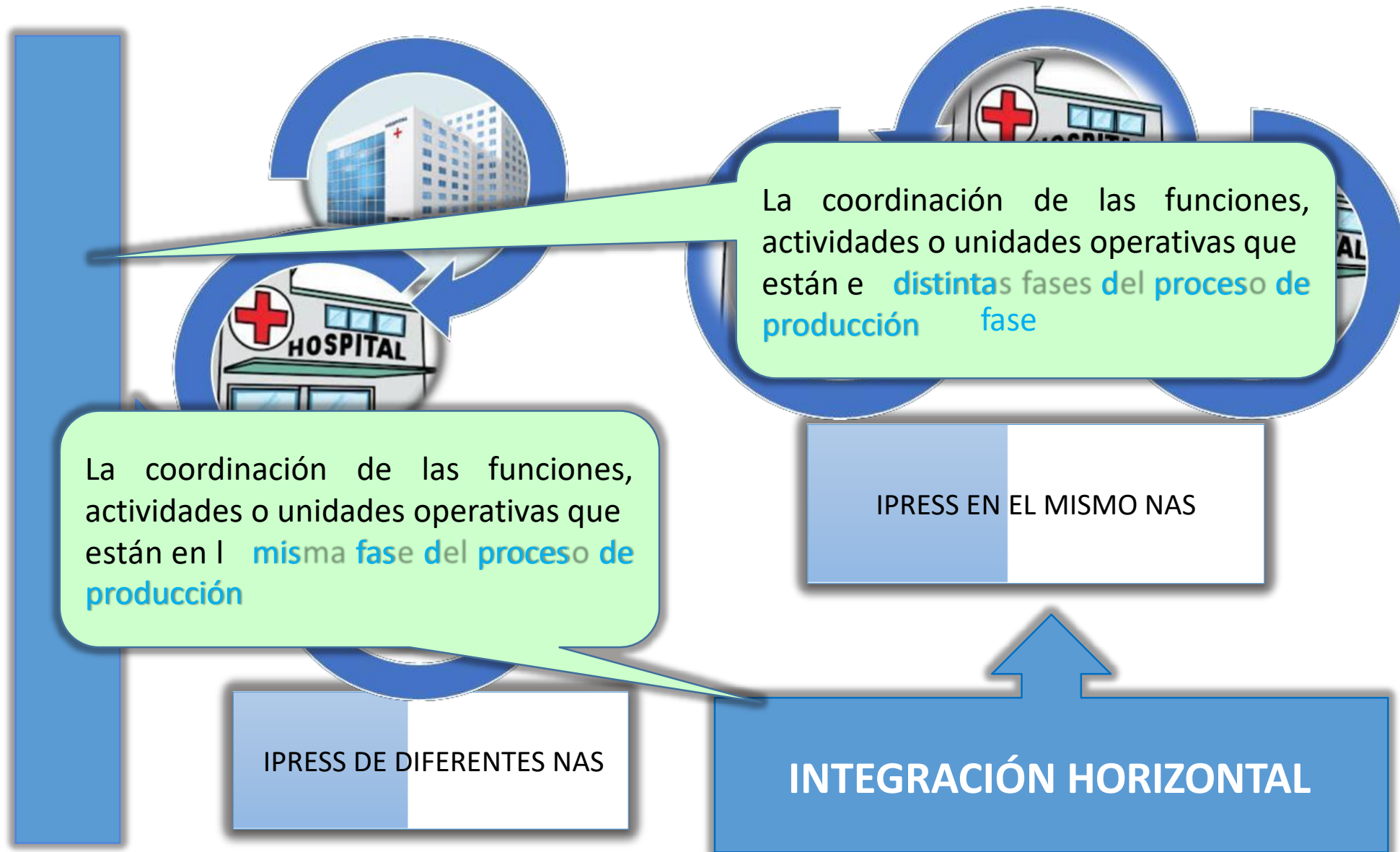
Relación entre el usuario y E.S. /
función de enlace entre los E.S.

INTEGRACIÓN REAL vs VIRTUAL



"En situaciones donde los gestores de servicios de salud no cuentan con todos los niveles de atención ni con todos los servicios necesarios, la materialización de este atributo se puede lograr mediante la integración virtual con proveedores de distinta naturaleza." 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". Washington, D.C.2010 p.38

INTEGRACIÓN VERTICAL vs HORIZONTAL



INTEGRACIÓN CLÍNICA vs FUNCIONAL



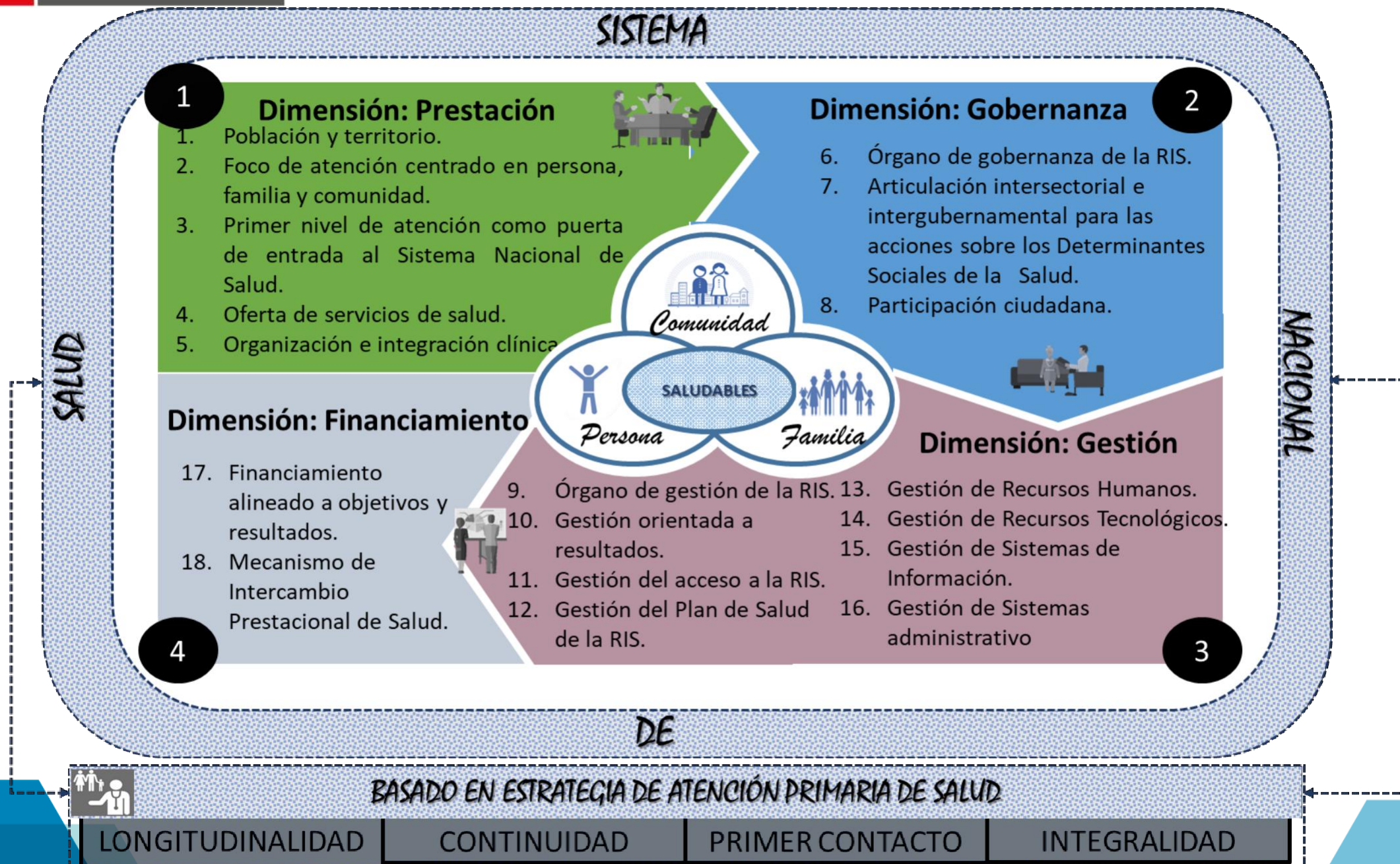
La integración clínica in integración horizontal y ve Es el grado en que la **prestación de salud está coordinada a través de los diferentes niveles de atención** del sistema de salud, dependiendo de la condición del paciente y de la toma de decisión clínica del prestador



El grado en que la **funciones claves de apoyo** como gestión financiera, gestión de recursos humanos, gestión de recursos tecnológicos, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades de la RIS.

INTEGRACIÓN FUNCIONAL

MAPA DEL MODELO RIS





PERÚ

Ministerio de Salud

CRITERIOS PARA DEFINICIÓN DE POBLACIÓN Y TERRITORIO EN LA RIS

Titulo tema 2.1



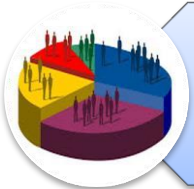
Tamaño Poblacional



Capacidad Resolutiva



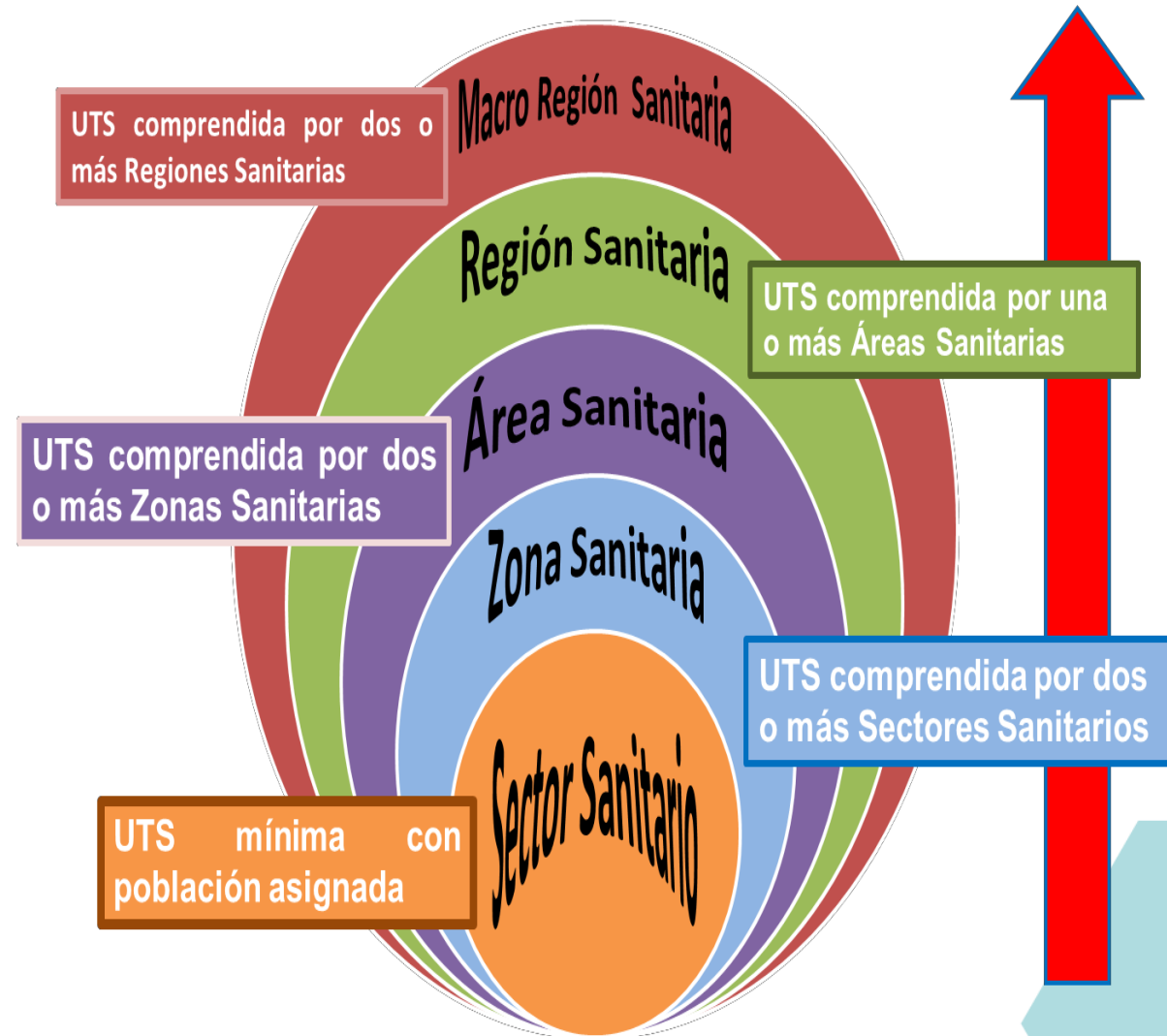
Accesibilidad Geográfica



Densidad Poblacional

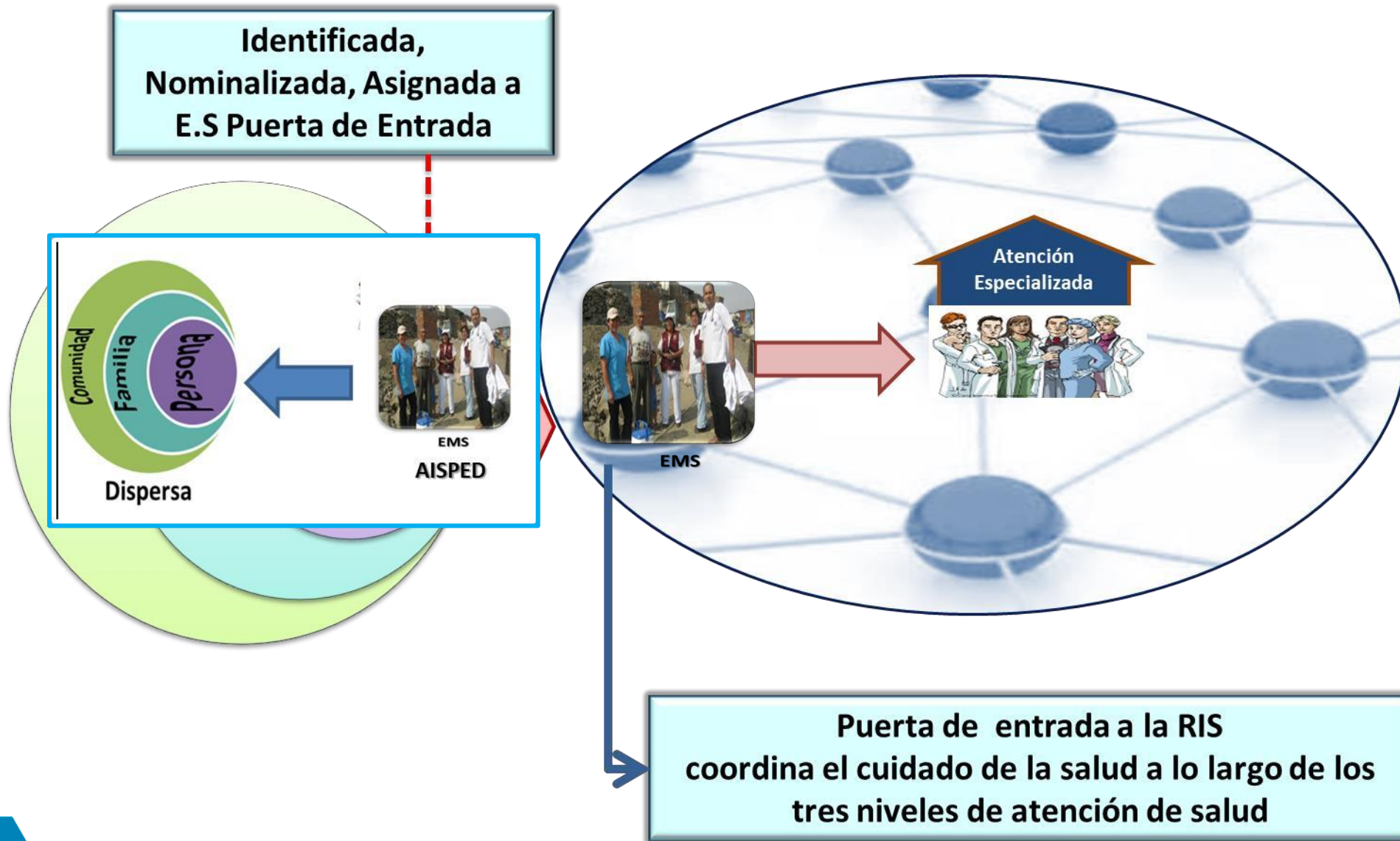


Relación con Circunscripción
Política Administrativa



PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD

Titulo tema 2.1



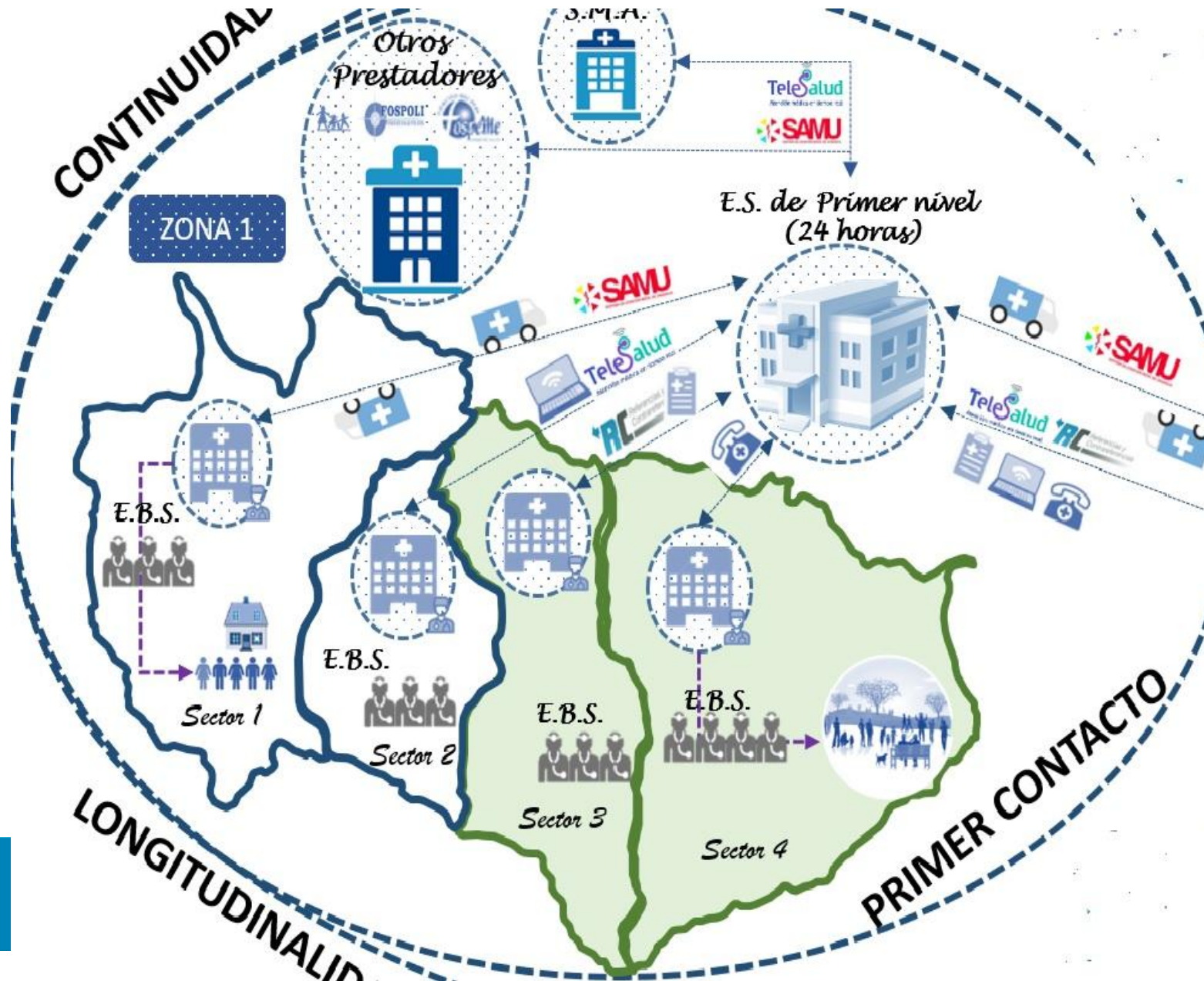
EMS

- Responsable de un grupo poblacional de familias , de 800 a 1500 familias,
- Ratio con variabilidad, se puede incrementar en poblaciones con muy alta densidad poblacional
- Brinda Cartera de Servicios de Salud de Primer Contacto
- Conformación: :
 - Médico
 - Enfermera(o)
 - Obstetra
 - Técnica(o) de Enfermería

Márgenes de variabilidad según perfil de demanda



MODELO RIS



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

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

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

MODELO RIS

ANEXO N° 01

CRITERIOS REFERENCIALES PARA DEFINIR LAS UNIDADES TERRITORIALES SANITARIAS EN LA RIS

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

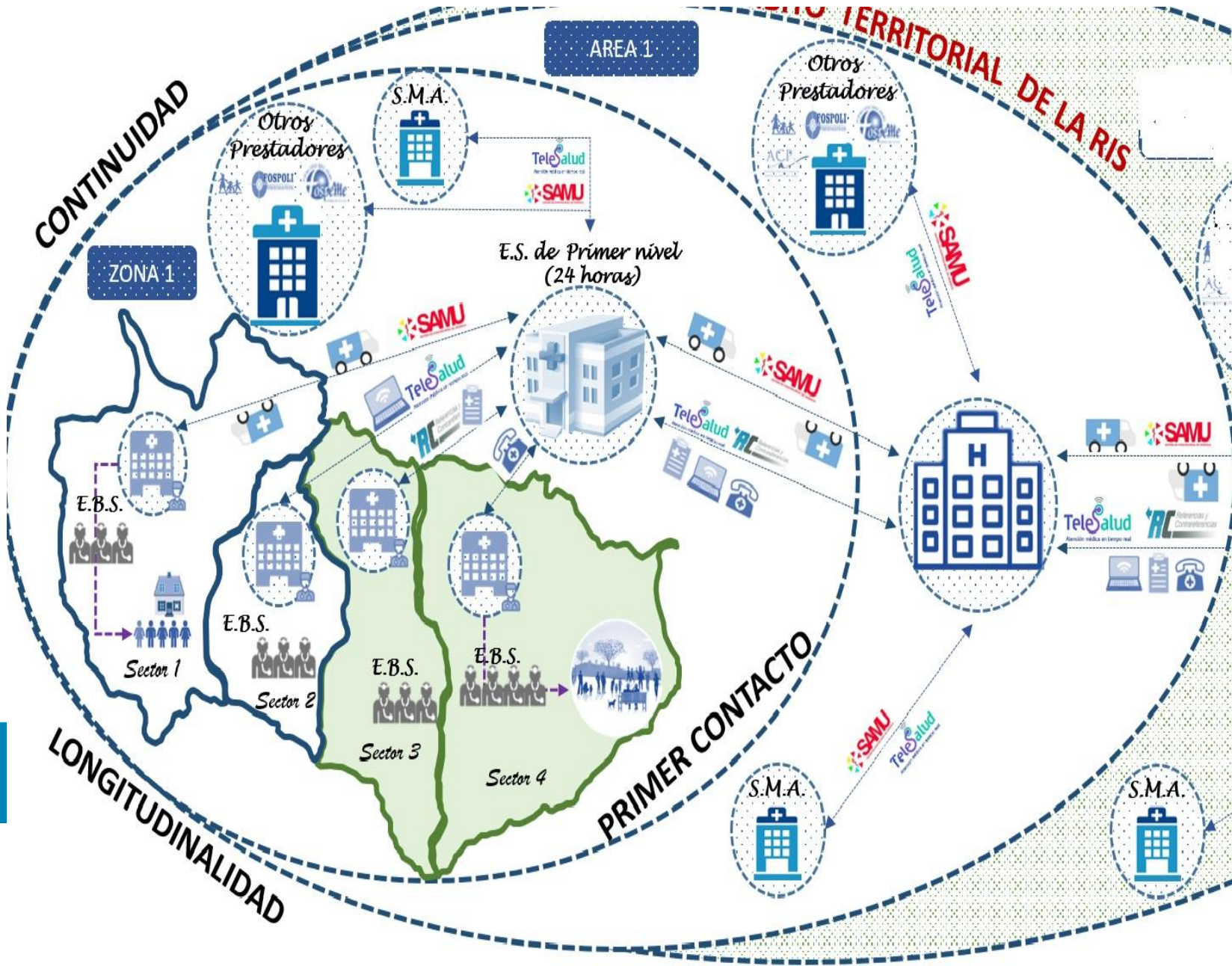
* La cantidad de población se estima tomando como referencia la adscripción de un promedio de 800 familias por equipo multidisciplinario de salud (E.M.S.) (si una familia tiene en promedio 4 personas sería: 3,200 personas), además en base a la media poblacional distrital y provincial del total de provincias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

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

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

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

MODELO RIS



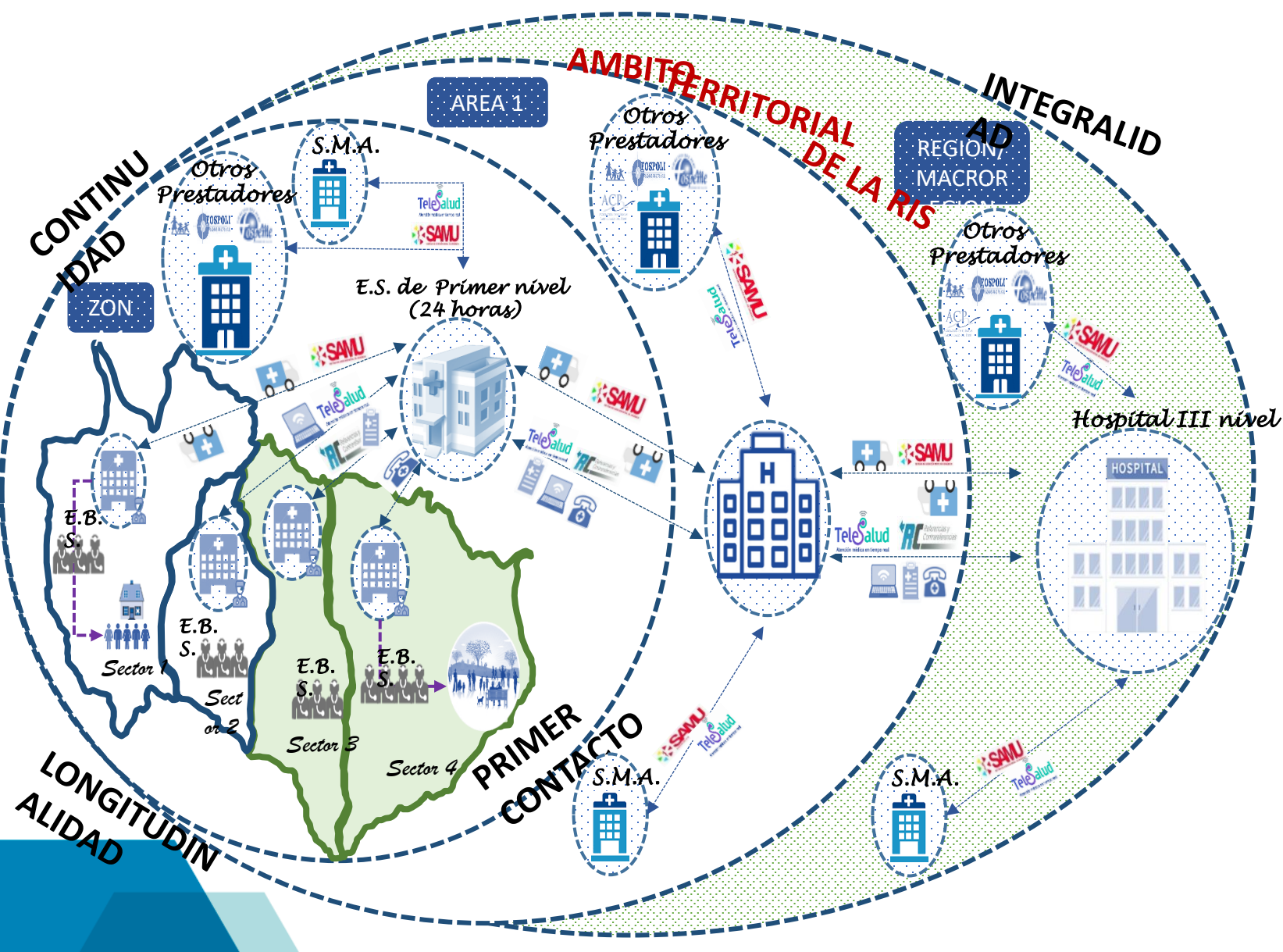
Área sanitaria: Comprende un conjunto de zonas sanitarias. Esta unidad territorial sanitaria es el ámbito territorial de la RIS.

MODELO RIS

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

E.S. = Establecimiento de salud

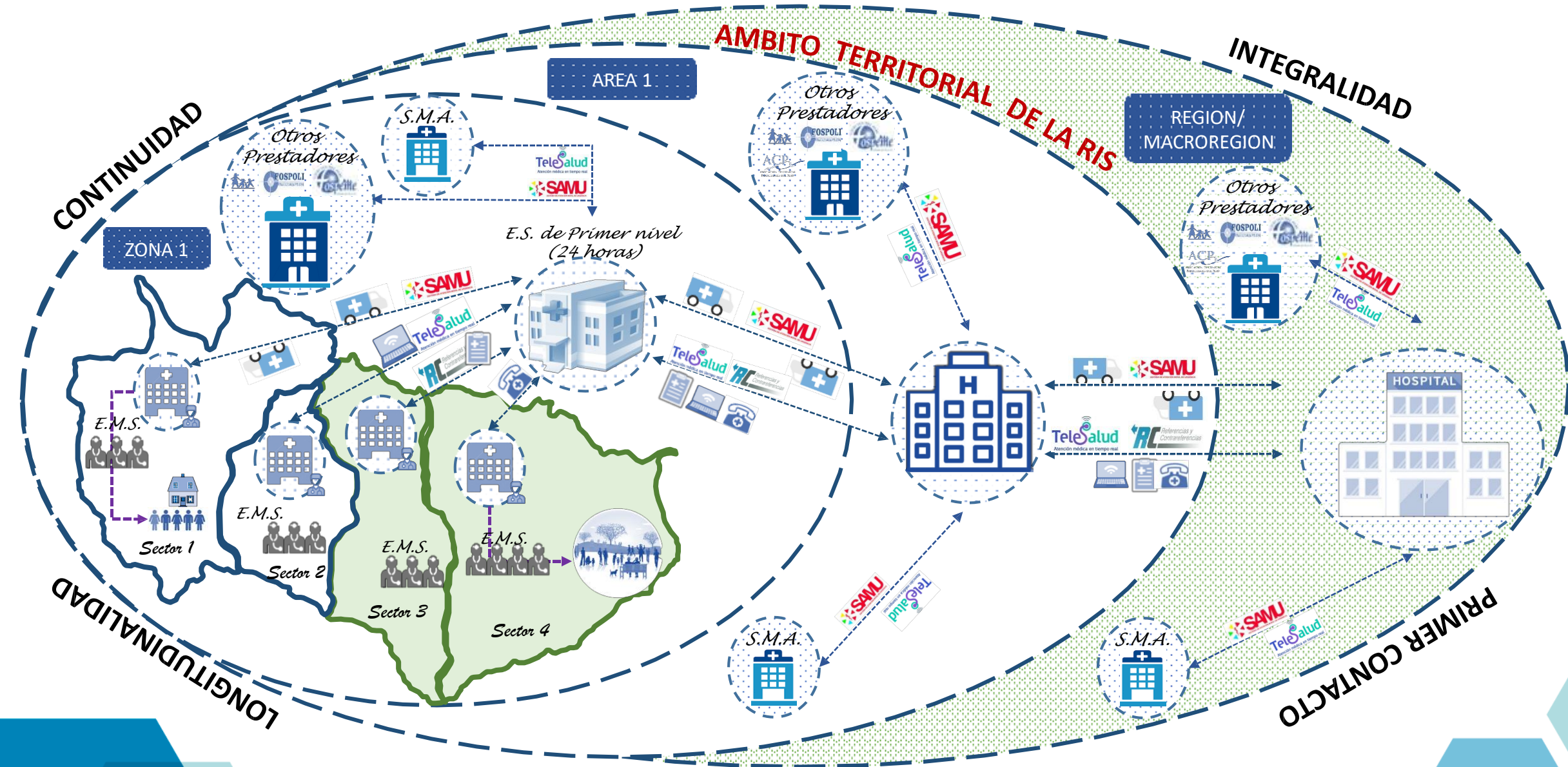
Región sanitaria: Comprende una o más áreas sanitarias. Esta unidad territorial sanitaria puede o no corresponder a una circunscripción territorial del sistema político administrativo del Gobierno Regional. En Lima Metropolitana esta unidad territorial sanitaria corresponde al ámbito de una DIRIS.



MODELO RIS

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

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



MODALIDADES DE OFERTA

Titulo tema 2.1

OFERTA FIJA: Modalidad de la oferta de servicios que se brinda en instalaciones inmuebles.

OFERTA MÓVIL: Modalidad de la oferta de servicios de salud que se brinda por personal de la salud que se desplaza al lugar en donde se encuentra la población a quien se va a prestar servicio, contando o no con instalaciones móviles.

- **TELESALUD:** Servicio de salud a distancia prestado por personal de salud competente, a través de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación, para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles principalmente a los usuarios en áreas rurales o con limitada capacidad resolutive.
- Este servicio se efectúa considerando cuatro 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 a la población sobre los servicios de salud; y el fortalecimiento de capacidades al personal de salud.

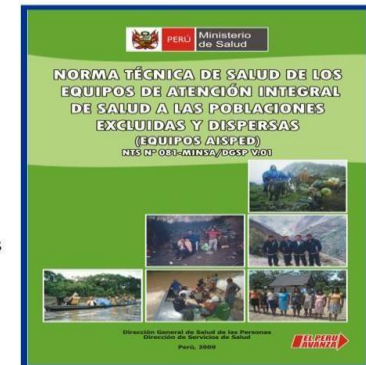


OFERTA MOVIL

NORMA TÉCNICA AISPED
RM. N° 478- 2009/MINSA
Vigente.

FINALIDAD:

Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población con difícil acceso a los servicios de salud a través de Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (EQUIPOS AISPED).





Atención de salud ambulatoria especializada en el primer nivel de atención, mediante diferentes modalidades de oferta: oferta fija, oferta móvil o telemedicina.



E.S. identificados en la RIS para prestar servicios de urgencias y emergencias 24 horas



E.S. identificados en la RIS para prestar servicios de cirugía ambulatoria.



entros de Salud Mental Comunitarios en la RIS .



orarios de atención adaptados a las necesidades de la demanda.

ORGANIZACIÓN E INTEGRACIÓN CLÍNICA

Titulo tema 2.1



POBLACIÓN Y TERRITORIO EN LA RIS

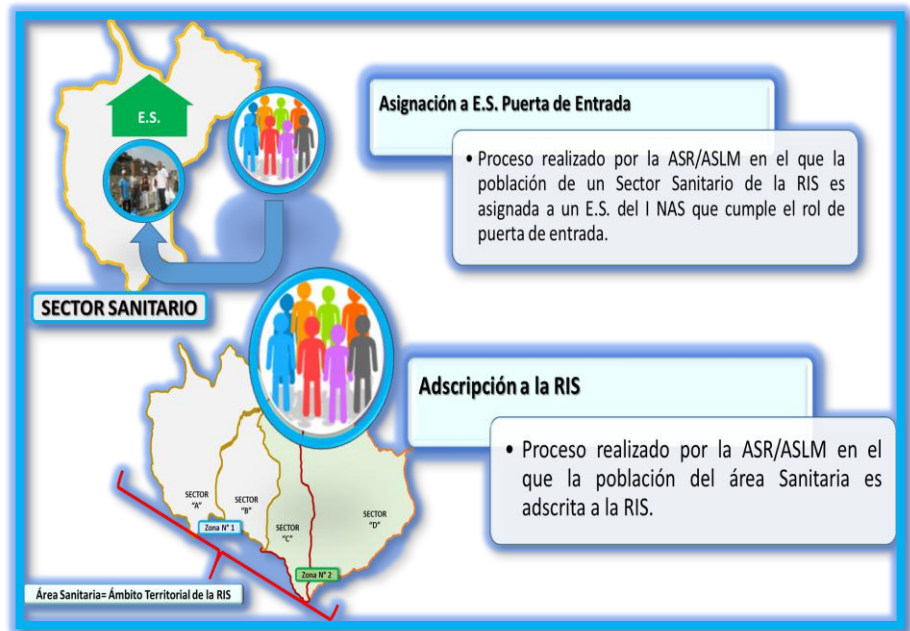


Asignación a E.S. Puerta de Entrada

- Proceso realizado por la Autoridad Sanitaria Regional de Salud y Autoridad Sanitaria de Lima Metropolitana, en el que la población de un Sector Sanitario de la RIS es asignada a un E.S. del I NAS (primer nivel de atención) que cumple el rol de puerta de entrada.

Adscripción a la RIS

- Proceso realizado por la Autoridad Sanitaria Regional de Salud y Autoridad Sanitaria de Lima Metropolitana, en el que la población del área sanitaria es adscrita a la RIS.

ASR/
ASLM

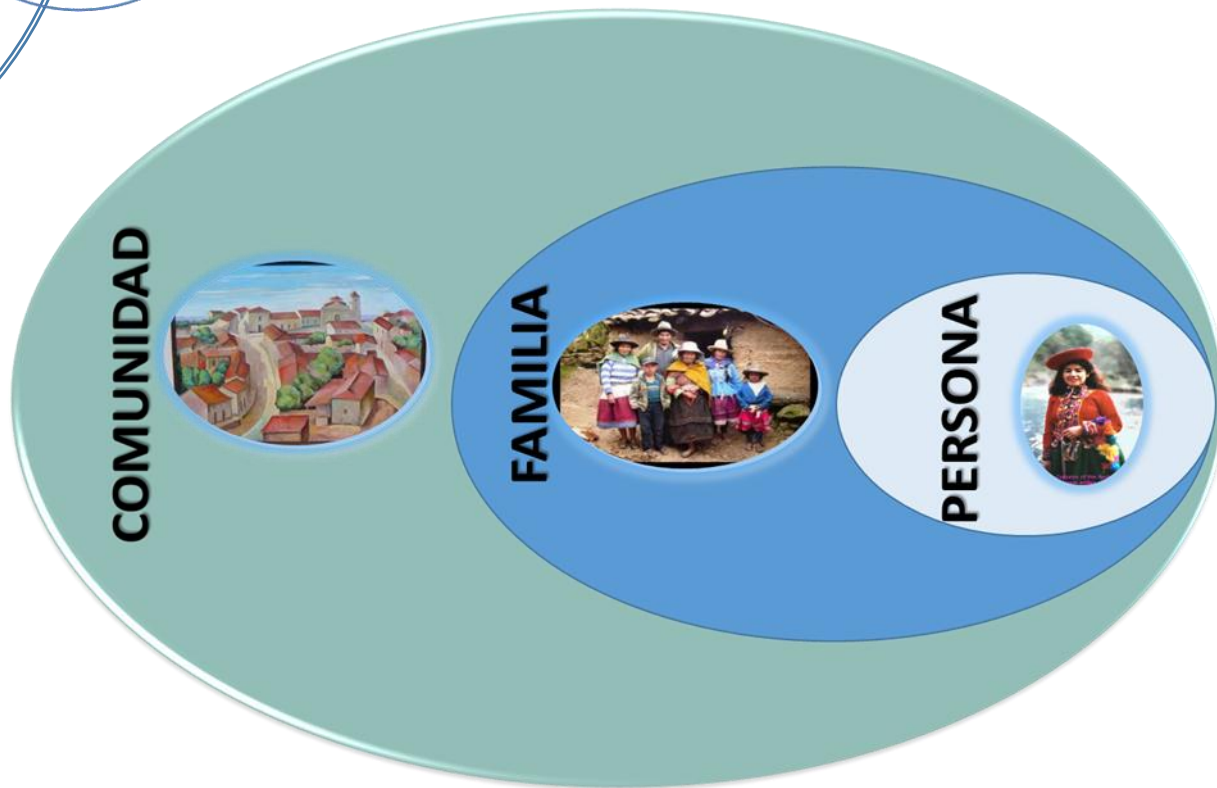
Comunica

IAFAS



DIMENSIÓN PRESTACIÓN

Foco de cuidado



- La prestación de salud en la RIS se centra en el **cuidado integral de la persona, familia y comunidad**
- Basado en la **estrategia de la atención primaria de la salud**, determinando los factores de riesgos y protectores que impactan en la salud
- Respetando los enfoques de **interculturalidad, curso de vida y género**; y fomentando el **autocuidado**.

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD - EMS

EMS

- Responsable de un grupo poblacional de familias , de 500 a 800 familias,
- Ratio con variabilidad, se puede incrementar en poblaciones con muy alta densidad poblacional
- Brinda Cartera de Servicios de Salud de Primer Contacto
- Conformación:
 - Médico
 - Enfermera(o)
 - Obstetra
 - Técnica(o) de Enfermería

Márgenes de variabilidad según perfil de demanda





PERÚ

Ministerio de Salud

DIMENSIÓN PRESTACIÓN

Primer nivel de atención como puerta de entrada al SNS

< 30 minutos de E.S de rol de puerta de entrada

urbana



*Extensión de
puerta de entrada*



rural

rural dispersa



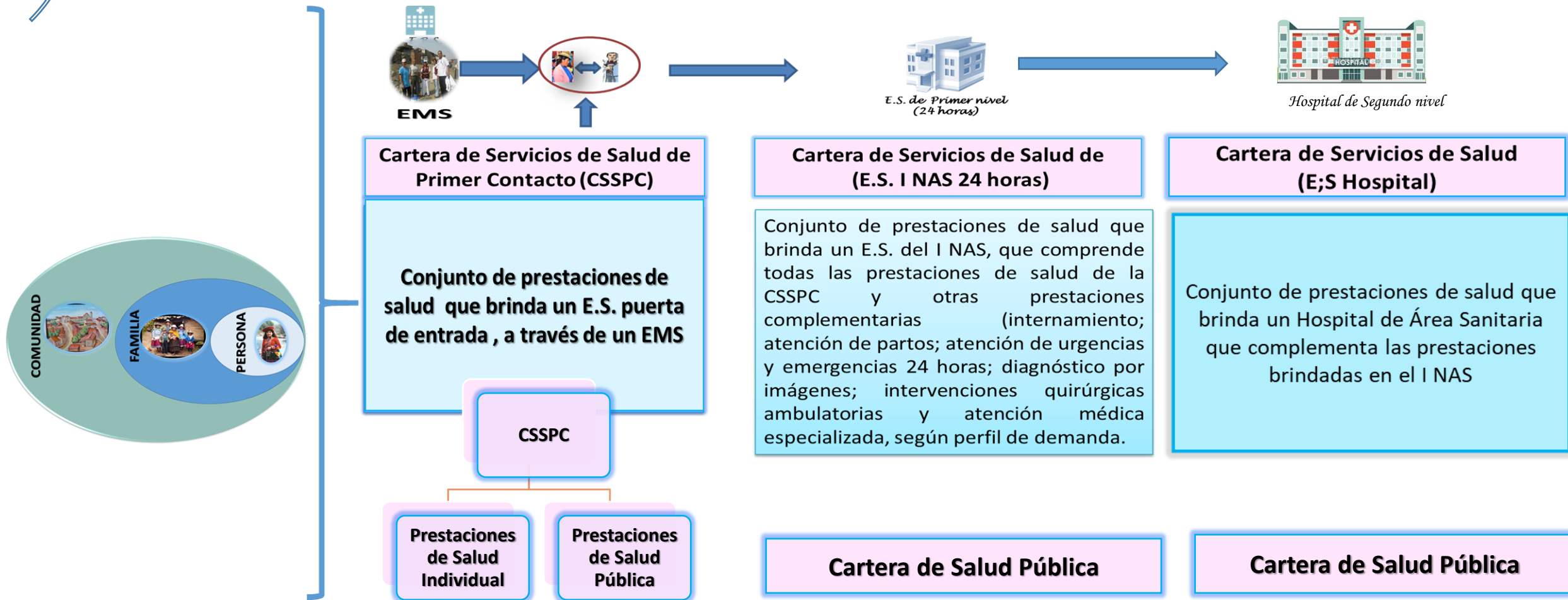
E.S. PUERTA DE ENTRADA

> 4 horas de E.S de rol de puerta de entrada el EMS es un Equipo AISPED

> 30 pero < 4 horas el EMS es el que desplaza acercándose al usuario

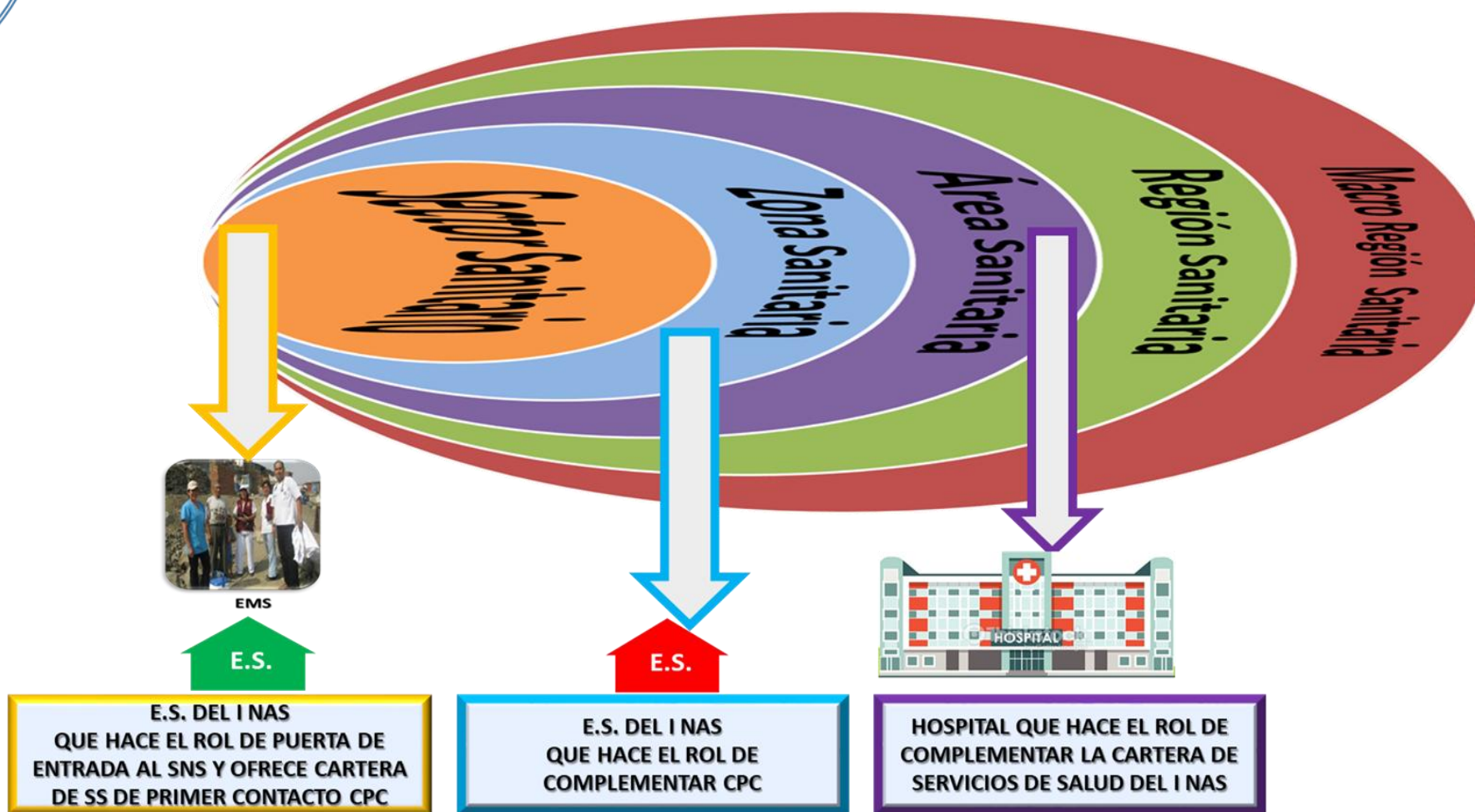


Oferta de Servicios de Salud





Oferta de Servicios de Salud





Oferta de Servicios de Salud

Atención de salud ambulatoria especializada en el primer nivel de atención, mediante diferentes modalidades de oferta: oferta fija, oferta móvil o telemedicina.

E.S. identificados en la RIS para prestar servicios de urgencias y emergencias 24 horas

E.S. identificados en la RIS para prestar servicios de cirugía ambulatoria.

Centros de Salud Mental Comunitarios en la RIS .

Disponibilidad de atención prehospitalaria 24 horas

SMA (Patología Clínica, Diagnóstico por Imágenes, Anatomía Patológica) centralizados

Horarios de atención adaptados a las necesidades de la demanda.

OFERTA FIJA

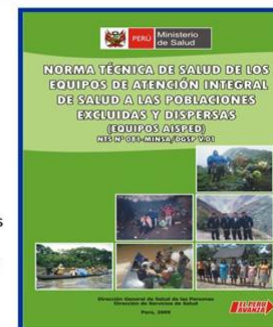


OFERTA MOVIL

NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A LAS POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS (EQUIPOS AISPED) Vigente.

FINALIDAD:

Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población con difícil acceso a los servicios de salud a través de Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (EQUIPOS AISPED).





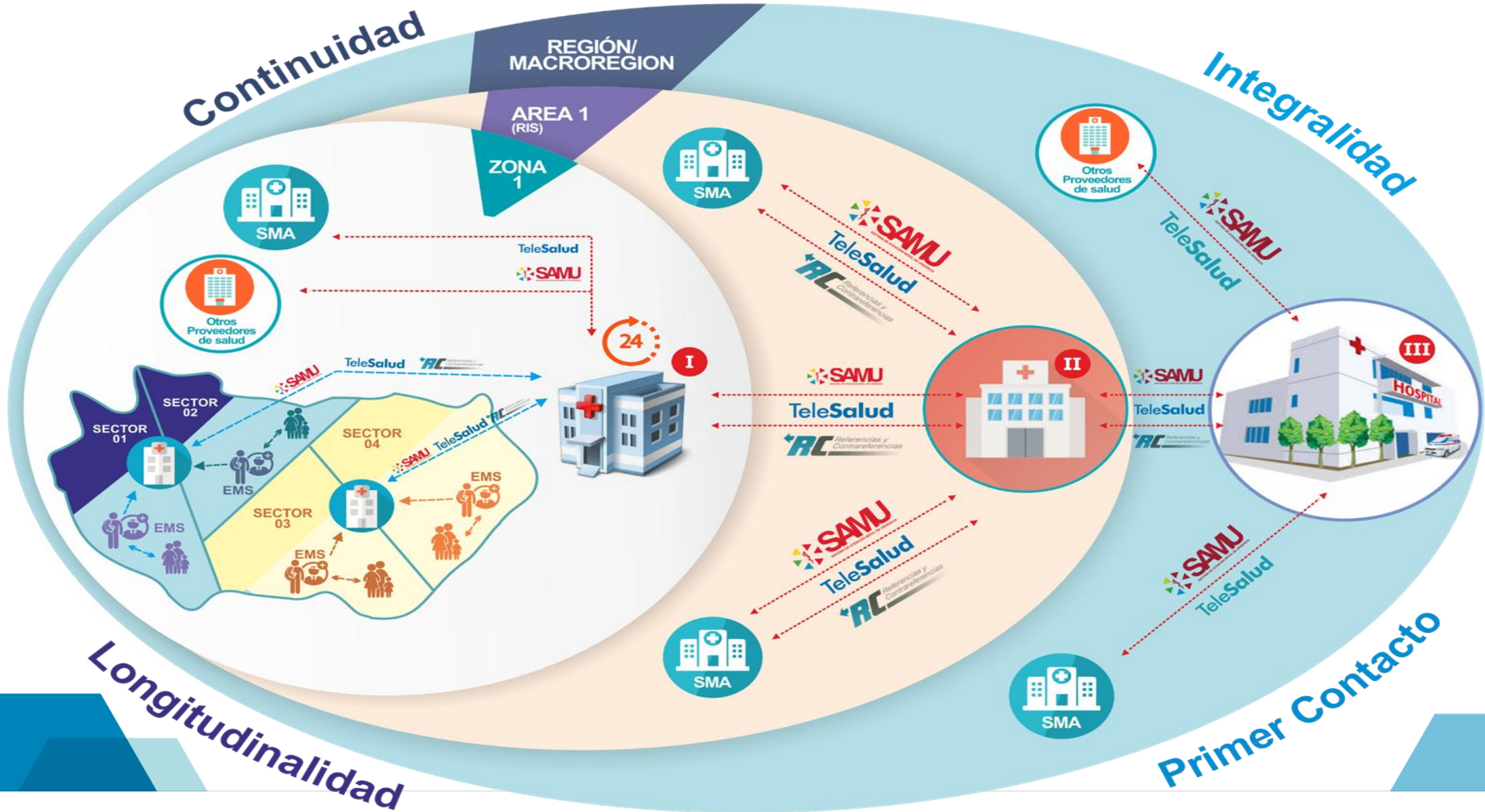
Oferta de Servicios de Salud

Intercambio Prestacional

Uso intensivo del intercambio prestacional, articulando la oferta pública existente en el ámbito de la RIS



OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD



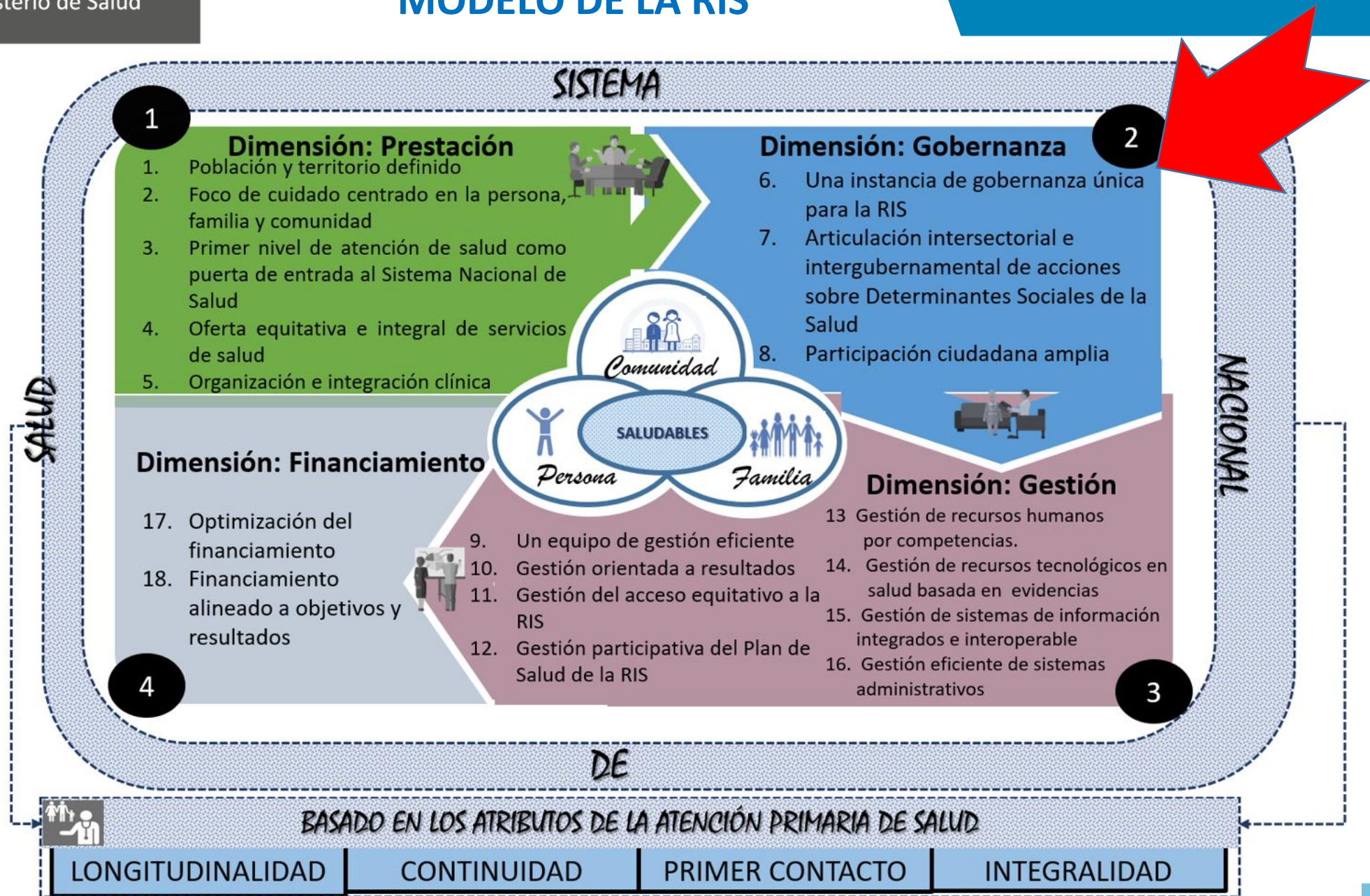
DIMENSIÓN PRESTACIÓN



Organización e integración clínica



MODELO DE LA RIS



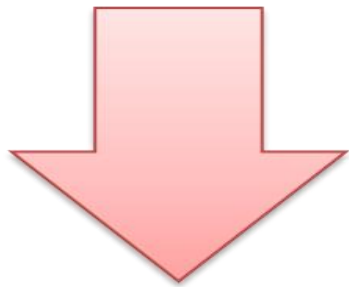
GOBERNANZA



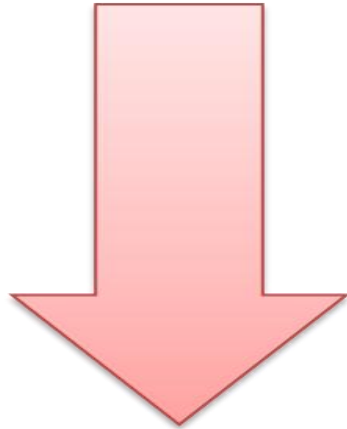
Proceso a través del cual interactúan los actores sociales y los ciudadanos en un **ámbito territorial**, para tomar acuerdos sobre los **determinantes sociales de la salud**, integrando políticas locales en un contexto de corresponsabilidad

CONSEJO PROVINCIAL Y/O COMITÉ DISTRITAL DE SALUD

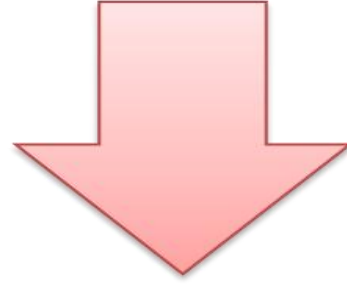
GOBERNANZA DE LA RIS



Articulación
intergubernamental



Participación y control
ciudadano



Articulación
intersectorial



Mesa de Gobernanza

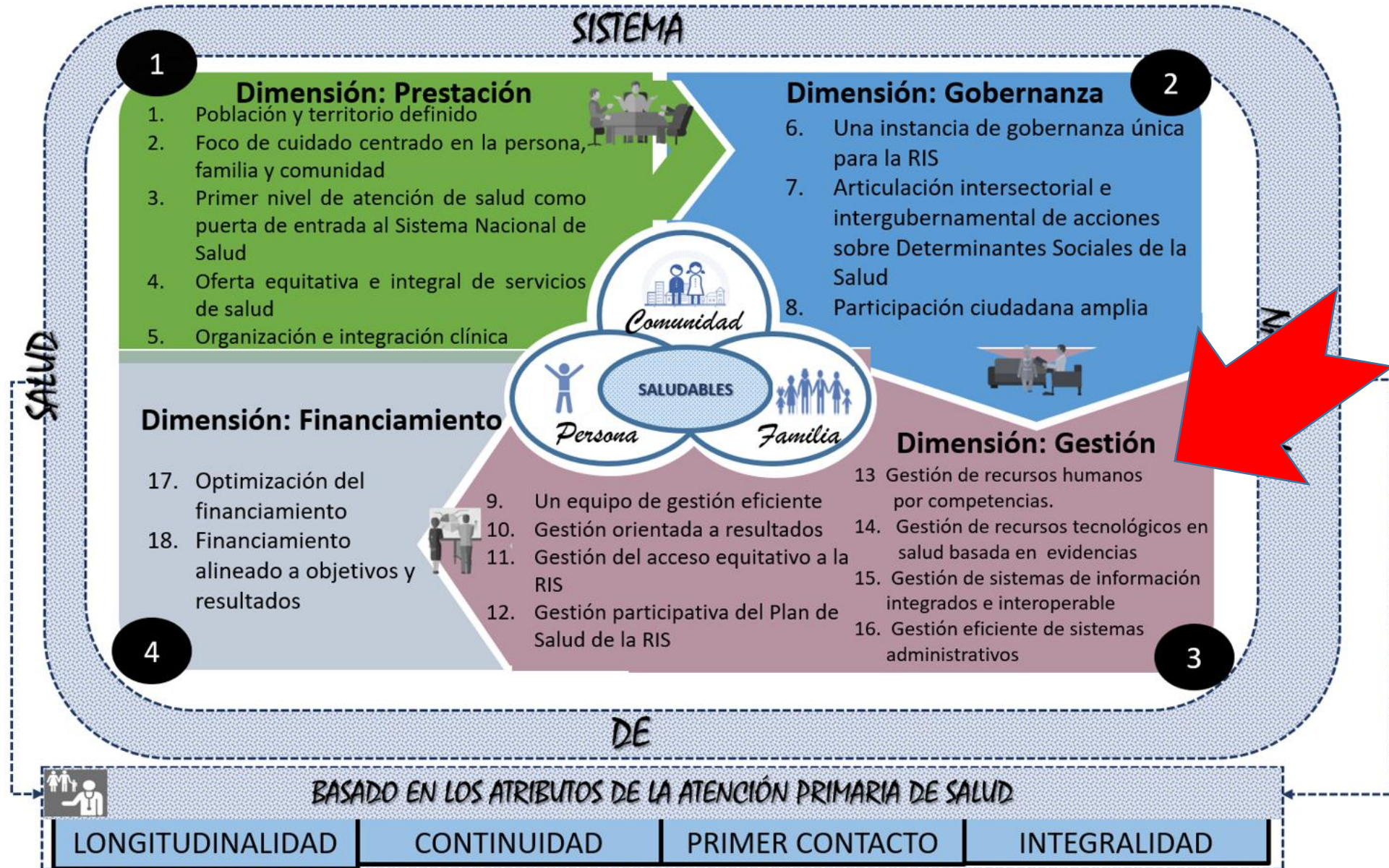
- Toma acuerdos respecto a intervenciones sobre DSS y los implementa



Rinde cuentas
a la ciudadanía



MODELO DE LA RIS



GESTIÓN DE LA RIS

Mesogestión

**Ejecución del
Plan de Salud
de la RIS**



**Coordinación
Interinstitucional
de los DSS**



**Articulación
de las IPRESS**

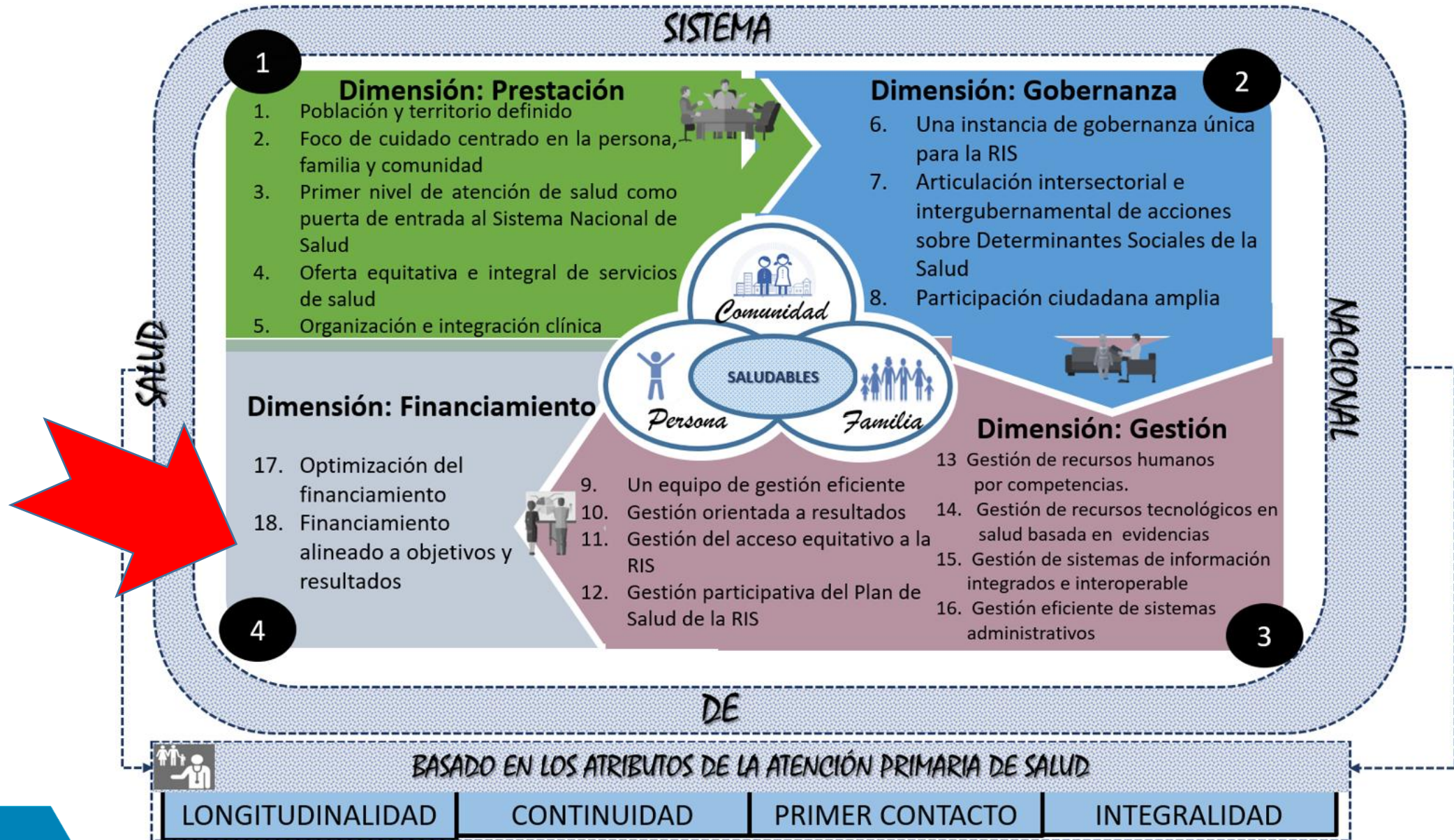


Equipo de Gestión

- Elaboración, ejecución y control del Plan de Salud de la RIS.
- Conducir y articular procesos de mesogestión y microgestión.
- Coordinación Inste institucional para el abordaje de los DSS

**Rinde cuentas a la
ASR / ASLM**

MODELO DE LA RIS



Financiamiento

Con cargo al presupuesto institucional de los pliegos para IPRESS MINSA y GORE

En caso de IPRESS de EsSalud, Sanidades de las FFAA y PNP, Gobiernos Locales, Privados que se integren, el financiamiento será con cargo a sus respectivos presupuestos institucionales.



Criterios de sostenibilidad

Toda la población residente en el ámbito territorial de la RIS, debe disponer un seguro de salud.

Si un poblador residente en el territorio de una RIS no tiene disponibilidad de oferta de servicios de salud a través de una IPRESS de su IAFAS, se le brinda prestación de salud en otra IPRESS del ámbito de la RIS. La prestación brindada es financiada por la propia IAFAS del poblador.



FINANCIAMIENTO EN LA RIS

BRECHAS DE RECURSOS

Recursos
Humanos en
Salud

Recursos
Tecnológicos
en Salud

Plan de Desarrollo de RHUS



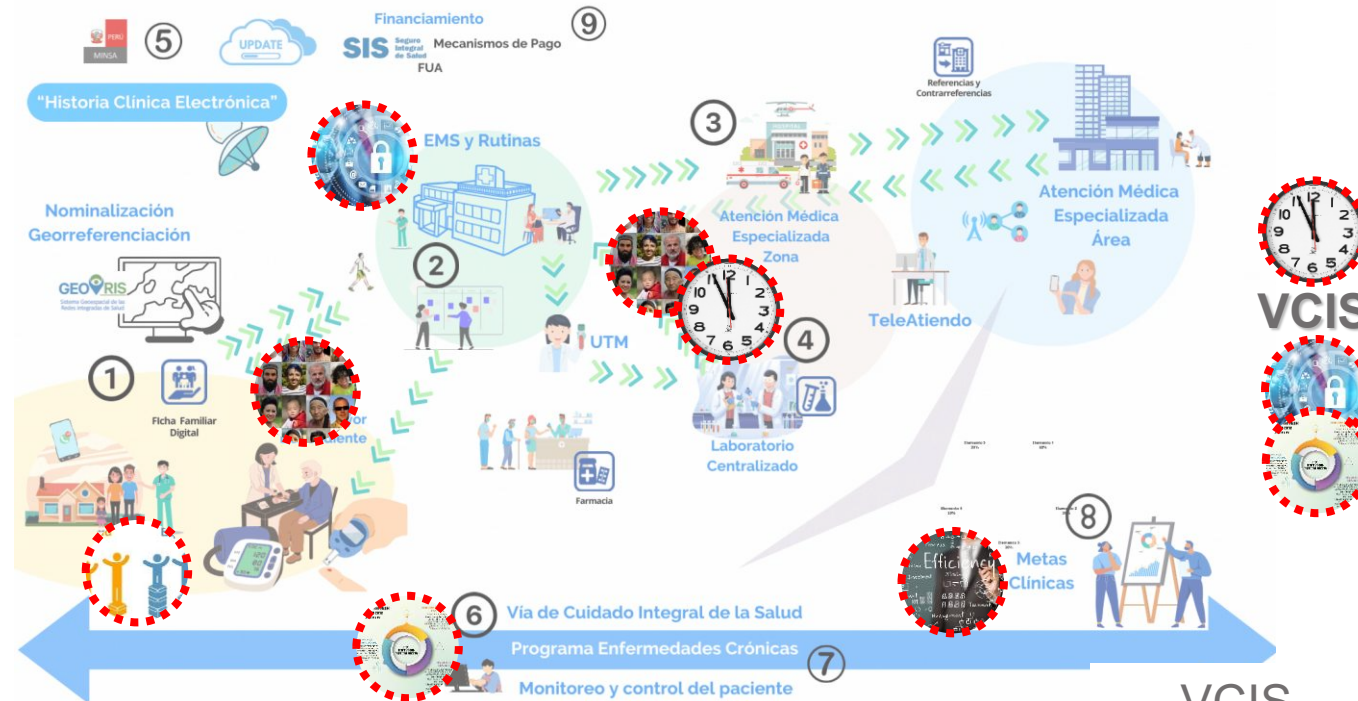
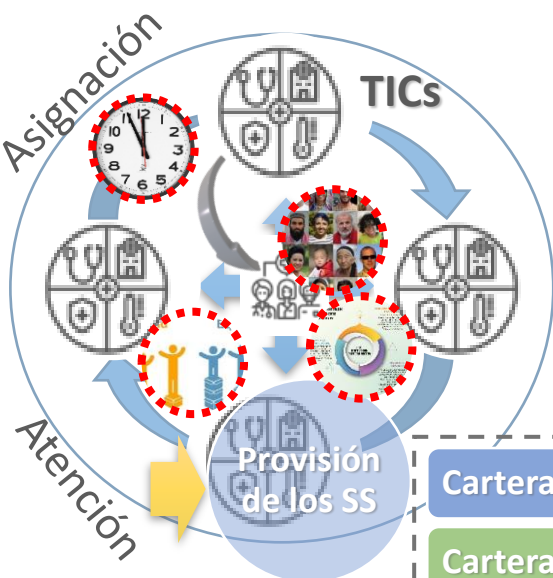
Proyectos de Inversión Pública



Gestión de la Calidad en las RIS

Políticas/Normas

Promoción
 Prevención
 Tamizaje
 Diagnóstico
 Recuperación
 Rehabilitación
 Paliativos



Nominalizar y georreferenciar

Equipos Multidisciplinarios de Salud

Sistema de citas en línea

Flujos de referencia y contrarreferencia

Curso de vida (MCI)



VCIS



VCIS

Intercultural

Condiciones de salud crónicas

Condiciones de salud agudas

Para promover y mantener la salud

Para grupos de riesgo

Para eventos específicos

VCIS

PSRIS

CSS RIS

Cartera de SS individual

Cartera de SS pública

Gestión de los DSS

Otras prestaciones

Oferta fija

Oferta móvil

Telesalud

Continuidad y complementariedad del cuidado integral de salud

Complejidad creciente

Gracias