



Las RIS en el Perú: Desafíos y experiencias para la implementación de las Redes Integradas de Salud

Equipo que contribuyó a la elaboración del documento:

José Armando Castillo
L. Carolina Olaya
Omar Zanoni
Giove Eduardo Alcalde
Silvana Perez-León
María Sofia Cuba
Víctor Arteaga

Equipo que contribuyó a la revisión del documento:

Giove Eduardo Alcalde
Castañeda
Magaly Blas
Laura Altobelli
Rosa Villanueva Carrasco

Diseño:

Jessica Martínez
Palomino

Resumen ejecutivo

Las Redes Integradas de Salud (RIS) son un modelo que pretende organizar y optimizar los servicios del sistema de salud peruano, históricamente fragmentado y segmentado. Su objetivo es garantizar una atención continua y accesible, a través de la articulación efectiva entre los niveles de atención, los actores del sistema y la articulación intersectorial e intergubernamental para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). A partir del Modelo de Cuidado Integral por curso de vida y de los atributos de la Atención Primaria en Salud (APS), las RIS buscan mejorar la calidad de los servicios de salud, optimizar el uso de los recursos y reducir las inequidades en salud. Actualmente, en el país existen 214 RIS estructuradas y 149 conformadas a octubre 2025 (100% del territorio del país). Sin embargo, las RIS aún cuentan con limitaciones presupuestales, rotación de personal, débil interoperabilidad tecnológica, brechas en recursos humanos y resistencia al cambio en los equipos de salud. Esto no ha sido impedimento para que la RIS de Cajamarca, Churcampa y Lima Metropolitana obtengan avances destacables en la implementación de la RIS.

Redes Integradas de Salud (RIS)

es un modelo organizacional con cuatro componentes, prestación, gobernanza, financiamiento y gestión que busca brindar atención integral e integrada en un sistema de salud segmentado y fragmentado. Esto se traduce en que, en su última etapa de implementación, tiene como objetivo la integración del sistema a través de diversos mecanismos, entre ellos, el intercambio prestacional entre las distintas Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud. La RIS no sólo abarca a los servicios de salud, sino también busca una articulación intersectorial e intergubernamental para abordar los determinantes sociales de la salud, a través de la dimensión de Gobernanza.

Conceptos claves

Atención Primaria en Salud (APS): es un enfoque sanitario que se aplica en todos los niveles de atención. Tiene como características ser integral, intersectorial y con participación comunitaria. Es socialmente aceptable y financieramente sostenible.

Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI): es una aproximación de atención integral por grupos etarios, que da continuidad en la atención, y pone en el centro al paciente, a su familia y a la comunidad en la que se desarrolla. Contribuye al atributo de APS de la Integralidad, enfatiza la creación y fortalecimientos de un vínculo a largo plazo entre las personas y el sistema de salud mediante los equipos multidisciplinarios de salud (EMS), brindando cuidados integrales en paquetes de acuerdo con su grupo etario.

Unidad Territorial de Salud (UTS): es el ámbito territorial de la RIS, lo utiliza para tener una mejor distribución de sus establecimientos de salud según las necesidades sociodemográficas. La unidad mínima de la RIS es la UTS que es el Sector Sanitario, el cual tiene limitaciones geopolíticas. uno o más sectores sanitarios forman una Zona Sanitaria; una o más zonas sanitarias forman un Área Sanitaria; dos o más Áreas Sanitarias forman una Región Sanitaria; dos o más regiones sanitarias forman una Macro Región Sanitaria; estas a su vez finalmente formarán un país saludable.

La distribución de los establecimientos de salud se realiza en base a las UTS. Los establecimientos de salud (E.S.) del primer nivel de atención de hasta 12 horas con rol de puerta de entrada tienen en su jurisdicción al menos un sector sanitario. Los E.S. del primer nivel de atención de 24 horas relacionado a la Zona Sanitaria son E.S. que complementan los servicios de salud de los E.S. con rol puerta de entrada con categoría I-3 o I-4, brindan atenciones especializadas clínicas y quirúrgicas de manera ambulatoria o de corta estancia según la demanda de la población a cargo. Usualmente son establecimientos categoría I-4 y funcionamiento de 24 horas, brindando atenciones clínicas y quirúrgicas de manera ambulatoria o de corta estancia. Los E.S. relacionados a área sanitaria son Hospitales de atención general, los cuales, a diferencia de los establecimientos anteriores, no tienen población asignada pero complementan los servicios de salud con los E.S. del primer nivel de atención de salud en la RIS a cargo.

Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS): es un grupo de personal de la salud conformado por un médico, un licenciado en enfermería, un obstetra y un técnico en enfermería, lo pueden conformar otros profesionales de salud, teniendo en cuenta las necesidades de la población y la disponibilidad del personal. El EMS está enfocado en el abordaje a la comunidad, a los cuales, se le asigna de entre 500 a 800 familias, puede ser mayor o menor, de acuerdo a la densidad geográfica de la población en el territorio de la RIS. Entre las principales funciones de los EMS esta brindar los cuidados integrales de salud por curso de vida aplicando herramientas de gestión clínica como ficha familiar, GPC y vías clínicas para mejorar los problemas de salud de la población asignada tanto dentro del E.S. como en los distintos escenarios de cuidado (escuela, trabajo, domicilio, entre otros).

Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS): son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas que reciben, captan y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS): son los Establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos que prestan servicios de salud.

La historia de Juan

Juan, un trabajador independiente limeño de 60 años con antecedentes de hipertensión y problemas cardíacos, llevaba su tratamiento de forma irregular, ya que consideraba que su enfermedad estaba controlada por la ausencia de síntomas. Por motivos laborales, viajó al departamento de Puno. Al llegar, comenzó a sentirse mal debido a la altura, pero minimizó las molestias y continuó con sus actividades.

Al finalizar el día, ya en su alojamiento, sufrió un fuerte mareo y se descompensó, por lo que fue trasladado al establecimiento de salud más cercano. Sin embargo, en el centro no contaban con electrocardiograma ni capacidad para manejar emergencias cardiovasculares, por lo que fue referido a otro establecimiento, perteneciente a un prestador distinto. Ahí le negaron la atención si no realizaba un pago previo; estas dos últimas acciones evidencian la vulneración del atributo de acceso o primer contacto del APS. Finalmente, fue llevado a un hospital bajo la Ley de Emergencia, pero llegó sin signos vitales. Clínicamente no es relevante que su atención no haya sido efectiva en dos establecimientos de primer nivel, pues el desenlace es el mismo. Sin embargo, al ser un documento de RIS el haber diferido su atención por falta de capacidad resolutive y por pertenecer a otra IAFA evidencia que el atributo de acceso fue vulnerado. Además, el que haya ido al hospital por ley de emergencia y no por una referencia coordinada evidencia vulneración del atributo de coordinación o continuidad en la atención. Esto demuestra que el atributo de coordinación o continuidad de la atención no fue ejecutado.

Juan estaba sufriendo un infarto. Lamentablemente, su historia no es excepcional; situaciones como la suya se repiten con frecuencia en nuestro país. Con la implementación de Redes Integradas de Salud (RIS), se busca evitar desenlaces como este, garantizando una atención oportuna, articulada y sin discriminación entre prestadores de salud.

¿Qué son las RIS?

La OMS, con la finalidad de estructurar los sistemas de salud creó un modelo organizacional denominado Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), el cual fue acogido y adaptado por diferentes países latinoamericanos (1).

El Ministerio de Salud de Perú, con el objetivo de fortalecer un sistema de salud más eficiente y accesible, ha implementado las Redes Integradas de Salud (RIS), promulgando en el año 2018 la Ley N.º 30885 que regula su creación y funcionamiento, promoviendo una atención integral, coordinada y continua, que transforme el sistema de salud peruano (2,3). Este modelo organizacional a diferencia del propuesto por la OMS no solo brinda servicios de salud, sino también gestiona los DSS a través de la articulación intersectorial e intergubernamental y el empoderamiento del ciudadano.

Objetivo de las RIS:

Mejorar el acceso de la población a los servicios de salud mediante la planificación geopolítica estandarizada y siguiendo las líneas de intervención de la estrategia de RIS iniciadora. Además, la RIS tiene el objetivo de gestionar los DSS con la participación ciudadana, la articulación intersectorial e intergubernamental y la rendición de cuentas.

Un sistema de salud centrado en la atención primaria de salud promueve la equidad, la solidaridad social y el derecho universal a la salud, garantizando el máximo nivel posible de bienestar sin algún tipo de discriminación. Sus atributos esenciales como accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación, juega un rol central en las RIS, ya que este sistema no solo fortalece la confianza entre los usuarios y el personal de salud, sino que también garantiza una atención centrada en las personas y sus comunidades (4,5).

Lograr el intercambio prestacional con IPRESS públicas, privadas y mixtas, coberturadas por los diferentes seguros de salud de cada usuario.

Etapas de implementación



Objetivo: Establecer el marco normativo necesario para la conformación y el funcionamiento de las RIS, asegurando sostenibilidad mediante la adecuación del marco legal, el fortalecimiento del recurso humano, el financiamiento y las inversiones, en salud.

Fase 1: Elaboración de la política sectorial para las RIS, georeferenciación jurisdiccional en el GeoRIS (plataforma virtual de geolocalización oficial del MINSA).

Fase 3: Desarrollar estrategias de abogacía con autoridades y actores sociales para impulsar la implementación de las RIS.



Etapa 1: Conformación de las RIS del MINSA y GORE (en casos de DIRESAS)

Esta etapa culmina con un acto resolutivo y consisten en un trabajo de gabinete y trabajo de campo con los equipos de los establecimientos de salud de un determinado territorio.

Objetivo: Implementar el proceso de conformación de las RIS a nivel nacional, definiendo su estructura y formalizando esta estructuración a través de la Resolución de conformación de la RIS.

Fases:

Fase 1: Estructuración de las RIS. En esta fase se realiza la medición del grado de integración de la RIS como línea de base.

Fase 2: Formalización de las RIS.

**Finalizada las dos fases de esta etapa se considera una RIS conformada.*

Actualmente en el país se tiene 214 RIS estructuradas que corresponde al 100% del territorio del país.



Etapa 2: Desarrollo de las RIS del MINSA y GORE (en casos de DIRESAS)

Objetivo: Consolidar el desarrollo de las RIS en todo el país mediante un enfoque progresivo que permita fortalecer su funcionamiento a nivel del MINSA y GORE, según corresponda.

Fases:

Fase 1: Desarrollo inicial de las RIS.

Fase 2: Desarrollo gradual de las RIS.

Desde el 2024, para el funcionamiento de las RIS, se viene implementando la estrategia de RIS iniciadora. En ella, a través de 10 líneas de intervención se consolida el funcionamiento de una RIS conformada elegida por la autoridad sanitaria.



Etapa 3: Integración de otras IPRESS públicas, privadas o mixtas

Objetivo: Extender el proceso de implementación de las RIS para incluir a otras IPRESS públicas, privadas y mixtas dentro de los territorios sanitarios de las RIS, fomentando su integración funcional.

Fases:

Fase 1: Proceso de homologación para la integración.

Fase 2: Suscripción de convenios de integración funcional con las RIS.

Desafíos o barreras para implementar una RIS

Durante el proceso de implementación de las RIS, se han identificado limitaciones vinculadas a cada una de sus dimensiones (Gobernanza, Prestación, Gestión y Financiamiento). Entre las principales barreras se encuentran la brecha de recursos humanos en salud, la ausencia de documentos clínicos actualizados, como las Guías de Práctica Clínica y las Vías de Cuidado Integral de la Salud, y la falta de integración entre las IPRESS e IAFAS, lo cual genera obstáculos en el acceso a los servicios. A esto se suma la inexistencia de mecanismos de pago claros para los servicios médicos de apoyo por parte de las IAFAS, y un pago per cápita que no se ajusta a las necesidades actuales de la población, lo que pone en riesgo la sostenibilidad financiera de las prestaciones de salud.

Asimismo, aunque existen mecanismos y mesas de articulación multisectorial e intergubernamental, esta diversidad de instancias dificulta que los gobiernos locales concentren su acción en un solo eje, lo que deriva en compromisos fragmentados y poco focalizados en el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

A nivel de gestión, se ha observado una alta resistencia al cambio, dado que muchas de las nuevas acciones requieren modificar las prácticas laborales habituales del personal de salud y de soporte, generando resistencias naturales al cambio. Además, persisten grandes brechas en infraestructura y equipamiento a nivel nacional, los documentos de gestión están desactualizados y muchos no están alineados al modelo RIS, lo que impide que los sistemas administrativos del Estado se articulen adecuadamente con sus objetivos.

Respecto a las soluciones digitales necesarias para el despliegue del modelo RIS, se requieren un soporte tecnológico robusto que asegure la interoperabilidad entre sistemas y altos estándares de ciberseguridad. Sin embargo, su masificación será inviable si no se amplía la conectividad en las zonas más remotas del país. A continuación, se presenta una síntesis gráfica de las limitaciones identificadas.

Figura 1. Limitantes en la implementación de las Redes Integradas de Salud

*Elaborado por el autor
(Alcalde Castañeda GE).*



A pesar de estos desafíos, las RIS representan una estrategia clave para articular eficientemente los diferentes niveles de atención, mejorando la calidad, accesibilidad y continuidad de los servicios de salud. Si bien aún persisten múltiples barreras, algunas regiones han logrado avances significativos en su implementación, con resultados alentadores que merecen ser destacados.

Experiencias

RIS Churcampa

La provincia de Churcampa se ubica al noreste de Huancavelica. En el 2022, la RIS Churcampa obtuvo una puntuación de 31.5% en la evaluación de integración de la RIS realizada anualmente por parte de EGRIS, que valora el desarrollo de la RIS en cada uno de sus atributos.

A pesar de que la RIS presenta limitaciones de recursos financieros y humanos, así como, barreras geográficas que dificultan el acceso a los servicios de salud, Churcampa ha logrado avances significativos por su enfoque sectorizado e integración del personal de salud, el cual ha consistido en organizar y asignar a los trabajadores determinada cantidad de familias de los Establecimiento de Salud (E.S.). Esta estrategia, orientada en el usuario y denominada “personal adopta una familia”, busca identificar las necesidades del usuario, realizar un mapeo de atención y brindar seguimiento por curso de vida, facilitando así el acceso a los servicios de salud.

Asimismo, cabe destacar el compromiso continuo de la RIS Churcampa de fortalecer las capacidades de los actores sociales, que son autoridades cuyos cargos son elegidos cada 1, 2 o 4 años y que tienen una importante participación en la toma de decisiones en los Consejos Provinciales y Distritales de Salud. Estas acciones junto con la colaboración del MINSA y la Dirección Regional de Salud (DIRESA) han sido claves para el desarrollo de la RIS Churcampa (7).

RIS Cajamarca

Otra experiencia destacable es la Región Cajamarca, que cuenta con 13 RIS conformadas. Una de las que mayor avance ha demostrado es la RIS Cajamarca, la cual es una Unidad Ejecutora de Salud, por lo que poseen y administran sus propios recursos según sus necesidades. Está conformada por cinco zonas sanitarias, 79 sectores sanitarios y dos hospitales de área sanitaria. Además, también destaca la RIS Jaén.

En la evaluación de integración de la RIS, destacan; la RIS Jaén con 45.7% y la RIS Cajamarca, capital de la región, con una puntuación de 31.5%. La Región Cajamarca está conformada por 888 establecimientos de Salud, de los cuales, el 66% son de categoría I-1. Frente a ello, la estrategia planteada ha sido en desarrollar capacidades enfocados en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud a cargo de todo el personal de salud. Además, la región cuenta con un Comité Regional Intergubernamental de inversiones de Salud, que refuerza su capacidad de gestión y facilita la comunicación y abordaje de las necesidades de inversión con los diferentes gobiernos locales. Así mismo, mantiene una articulación macroregional con los diferentes departamentos que conforman la Macroregión Norte del Perú, lo que facilita la articulación con las regiones aledañas, ampliando la red de prestadores y garantizando la continuidad

y coordinación de los cuidados y la atención de salud. Sin embargo, a pesar de contar con respaldo político y un equipo comprometido con las iniciativas, la región aún enfrenta limitaciones presupuestarias que dificultan la capacitación adecuada del personal (7).

Entre sus innovaciones, las RIS en la Región Cajamarca desarrollaron e implementaron la plataforma "One Vision CAX", una solución tecnológica que abarca, por un lado, la gestión administrativa de las RIS, y por otro, la gestión clínica de los datos de salud. En este último ámbito, permite visualizar la historia clínica del usuario desde su atención en el primer nivel de atención de salud o su sigla I-NAS. Actualmente se viene desarrollando el proyecto CaxaSalud, cuyo objetivo es desarrollar la interoperabilidad con la historia clínica electrónica desplegada en los hospitales de la región (Pakamurosoft), lo que permitirá garantizar una trazabilidad de las atenciones realizadas desde un E.S. del I-NAS hasta la atención hospitalaria.

En esa misma línea, los módulos administrativos están diseñados para mejorar los procesos logísticos, incluyendo del personal de salud como control de asistencia. Esta herramienta está diseñada para usarse desde cualquier dispositivo y cuenta con funcionalidades que agilizan procesos clave, como la programación de citas para los usuarios, las cuales son confirmadas mediante mensajes de texto. Por su eficacia, ha sido reconocida por la OPS, que destacó la ficha electrónica emitida por la plataforma como un ejemplo innovador en la región. En paralelo, para la gestión hospitalaria se desarrolló la plataforma PAKA MURUS SOFT, que se encuentra en funcionamiento en 6 a 9 hospitales.

La RIS Cajamarca y RIS Jaén en Cajamarca han mostrado grandes avances en innovaciones digitales pero aun enfrenta desafíos tecnológicos, en particular la interoperabilidad con los sistemas del Ministerio de Salud, por lo que, vienen trabajando en la interoperabilidad en el RENHICE (7).

RIS Villa El Salvador

La RIS Villa El Salvador se encuentra aún en proceso de maduración y presenta un enfoque hospitalario. En el primer nivel de atención, al estar conformada por establecimientos de salud de gestión tradicional, enfrenta desafíos como una fragmentación interna y una cultura organizacional con poca organización y comunicación, lo que dificulta la integración de los servicios de salud.

En el segundo nivel, el Hospital Villa El Salvador destaca por su gestión moderna y por contar con adecuados procesos de flujo. Desde el año 2012, ha desarrollado un sistema de información en colaboración internacional y, además, cuenta con una cultura organizacional favorable enfocada a la integración.

Entre los avances significativos de la RIS se encuentra el desarrollo de nuevas herramientas TIC, como la ficha familiar en Sistema de Información en Salud de Atención Primaria (SIHCE), así como la utilización de SICHE en cuatro IPRESS con firma electrónica que integra HIS, FUA y recetas. No obstante, se han reportado barreras para su implementación debido a la velocidad del internet. Asimismo, próximamente lanzará una plataforma de interoperabilidad de citas, desarrollada para visualizar y reservar citas en todas las E.S. del MINSA del distrito (7).

Recomendaciones para DIRESAS/GERESAS/DIRIS

- 1** **Mejorar la Integración del sistema**, implementando sistemas de información electrónica que sean accesibles e interoperables entre sí en todo el país, que permita a los usuarios ser atendidos en cualquier región sin interrupciones, debido a la importancia de tener conocimiento del historial médico del paciente y poder continuar con el tratamiento, generando una trazabilidad de las atenciones de salud de los pacientes.
- 2** **Desarrollar un manual de implementación de la RIS**, el cual brindará recomendaciones para una adecuada implementación de las RIS que se encuentren en etapa inicial.
- 3** **Delimitar actividades correspondientes del personal de salud y garantizar sus beneficios laborales**, que permitan establecer compromisos a largo plazo y evitar la rotación constante.
- 4** **Fortalecer la Gobernanza** en colaboración de diferentes autoridades como GORE DIRESA, GERESA y gobiernos locales.
- 5** **Identificar en cada RIS sus propias condiciones trazadoras** según el perfil epidemiológico de su población y la implementación de una encuesta breve para satisfacción del usuario y otra para necesidades en salud, centrando las intervenciones en las necesidades de los usuarios.
- 6** **Implementar la gestión del cambio e identificación de personas que impulsen el cambio**, esta acción nos garantiza que las acciones que se van desarrollando tengan sostenibilidad en el tiempo y consenso por todos y así las dificultades que se presenten sean superadas.
- 7** **Promover soluciones locales e innovadoras que respondan al contexto regional**, el desarrollo de cada una de las RIS no tendrá una fórmula única, por lo cual es imperante que cada DIRESA/GERESA/DIRIS puedan implementar iniciativas locales que estén centradas en solucionar las necesidades expresadas por los usuarios de los servicios de salud, abordando los determinantes sociales de la salud.
- 8** **Implementar las redes integrales de salud en los tres niveles de atención**. En el primer nivel de atención, la infraestructura, insumos biomedicos, determinantes laborales y medicamentos, dependen del presupuesto de sus unidades ejecutores, siendo estas GERESAs, DIRESAs, DIRIS, OGESS. Por ello, la deficiencia en el acceso a servicios e insumos sanitarios en el primer nivel será mermado si no existe una buena distribución presupuestal de sus unidades ejecutoras; incluso con un adecuado plan de implementación de RIS en el primer nivel de atención.
- 9** **Incluir a los agentes comunitarios como parte del equipo multidisciplinario de salud (EMS)**, ya que de esta manera se estaría fomentando la participación social, el cual es un componente clave de la APS.

Referencias

1. 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.: OPS; 2010. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 4). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>
2. Ministerio de Salud del Perú. Decreto Supremo N.º 019-2024-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N.º 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS. Diario Oficial El Peruano. 2024. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7113087/6111817-decreto-supremo-n-019-2024-sa%282%29.pdf>
3. Congreso de la República del Perú. Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS). Ley N.º 30885. Diario Oficial El Peruano. 2018. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1724734-2>
4. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N.º 969-2021/MINSA. Aprueba el Plan Nacional de Implementación de Redes Integradas de Salud. Diario Oficial El Peruano. 2021. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1977314-2>.
5. Ministerio de Salud del Perú. Directiva Administrativa N.º 329-MINSA/DGAIN-2022. Lineamientos para la conformación de Redes Integradas de Salud. 2022. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1369417>.
6. Ministerio de Salud del Perú. GeoMINSA: Visor de establecimientos de salud [Internet]. Lima. Disponible en: <https://geominsa.minsa.gob.pe/geominsaportal/apps/webappviewer/index.html?id=7358ce1c142846e2bc5df45964303bcd>
7. Colegio Médico del Perú. Foro: Situación y perspectivas de las Redes integradas de Salud al 2024 [Internet]. YouTube; 2024. Disponible en: https://youtu.be/I-KU6uJvgMU?si=AcZGq5I2e_ILlRK