

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO**RECIBIDO**PROYECTO DE LEY N°
14134/2025-CR RU 2236864

05 MARZO 2026 04:37 p. m.

FIRMADO DIGITALMENTE: TAGUILAR

PROYECTO DE LEY N° _____

**LEY QUE FORTALECE LA GESTIÓN
TÉCNICA Y OPERATIVA DEL INSTITUTO
NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA (INO)
PARA OPTIMIZAR LA SALUD VISUAL**

El Congresista que suscribe, **RAÚL HUAMÁN CORONADO**, integrante del Grupo Parlamentario **FUERZA POPULAR**, en el ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y conforme lo establecen los artículos 22° inciso c), 67° y 75° y numeral del artículo 76° del Reglamento del Congreso de la República, presenta el siguiente proyecto de ley:

FÓRMULA LEGAL**PROYECTO DE LEY****EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA**

Ha dado la siguiente ley:

**LEY QUE FORTALECE LA GESTIÓN TÉCNICA Y OPERATIVA DEL
INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA (INO) PARA OPTIMIZAR LA
SALUD VISUAL****Artículo 1. Objeto de la Ley**

La presente ley tiene por objeto modificar el artículo 4 e incorporar los artículos 8, 9, 10, 11 y 12 a la Ley 32531, con la finalidad de fortalecer su capacidad técnica como Unidad Ejecutora y Pliego Presupuestal, asegurar la meritocracia en su dirección y establecer una Red Nacional de Salud Ocular con gobernanza clara.

Artículo 2. Modificación del artículo 4 de la Ley 32531

Modifícase el artículo 4 de la Ley 32531, el cual queda redactado bajo los siguientes términos:

***Artículo 4. Medidas para el fortalecimiento del Instituto Nacional de
Oftalmología (INO)***

El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud, de conformidad con sus facultades y competencias, implementa las siguientes atribuciones para el fortalecimiento del Instituto Nacional de Oftalmología (INO):

[...]

e) Conduce la Red Nacional de Salud Ocular, integrada por los institutos regionales y servicios de oftalmología del país. Para tal efecto, se crea el Comité Técnico de la Red, presidido por el INO e

integrado por representantes del MINSA, Gobiernos Regionales, EsSalud, Sanidad de las FFAA y PNP. Su función es técnica-normativa, respetando la autonomía de gestión operativa de cada entidad y nivel de gobierno.

f) Créase, por única vez, un régimen excepcional y transitorio de cinco (5) años para la certificación de subespecialidades en oftalmología, aplicable a médicos especialistas que acrediten un mínimo de cinco (5) años de experiencia asistencial y competencias clínicas o quirúrgicas verificables. El proceso de evaluación está a cargo del INO, en coordinación obligatoria con el Sistema Nacional del Residentado Médico (SINAREME), universidades y colegios profesionales. El reglamento define los criterios de transparencia, comités evaluadores y mecanismos de apelación.

g) Procuración de tejidos oculares: De conformidad con la Ley 28189 y sus normas complementarias, toda entidad que custodie cadáveres debe notificar al Banco de Tejidos del INO en un plazo máximo de seis (6) horas desde la constatación del fallecimiento o la declaración de muerte encefálica, la existencia de potenciales donantes de córneas u otros tejidos oculares recuperables, siempre que no medie contraindicación absoluta por razones sanitarias, infecciosas o judiciales. Se implementará un protocolo único de notificación digital que garantice la trazabilidad y el respeto estricto a las reglas de consentimiento y oposición del donante.

Artículo 3. Incorporación de los artículos 8, 9, 10 y 11 a la Ley 32531

Incorpórense los artículos 8, 9, 10, 11 y 12 a la Ley 32531, con el texto siguiente:

Artículo 8. Funciones generales del Instituto Nacional de Oftalmología (INO) como Unidad Ejecutora

El INO, en su condición de centro colaborador y especializado, tiene las siguientes funciones:

- 1. Proponer al MINSA lineamientos técnicos especializados y ejecutar la política nacional de salud visual aprobada por el ente rector.**
- 2. Ejecutar, supervisar y evaluar la implementación de la política nacional de salud visual en los componentes de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, garantizando calidad y oportunidad en la oferta fija, móvil y de Telesalud especializada.**
- 3. Gestionar y ejecutar programas y acciones de investigación, innovación y adopción de tecnologías aplicadas a la salud visual, bajo los lineamientos del ente rector.**

4. **Proponer al Ministerio de Salud las prioridades sanitarias en salud visual para orientar el financiamiento y la asignación de recursos.**
5. **Proponer y brindar asistencia técnica en la elaboración de normas para la oferta integral de servicios oftalmológicos entre los distintos prestadores del sistema.**
6. **Realizar el acompañamiento técnico y la evaluación del desempeño de los planes y programas territoriales de salud visual, en coordinación con los gobiernos regionales.**
7. **Formular propuestas de lineamientos técnicos destinados a fortalecer el aseguramiento y la cobertura universal en salud visual.**
8. **Gestionar y articular, en coordinación con el ente rector, la cooperación técnica nacional e internacional en materia de salud visual.**
9. **Conducir el desarrollo de investigación epidemiológica, clínica, quirúrgica e innovación tecnológica de alta complejidad aplicada a la salud ocular.**
10. **Desarrollar y promover programas de formación, especialización y fortalecimiento de competencias en salud visual, en coordinación con las instancias académicas correspondientes.**
11. **Brindar asistencia técnica y acompañamiento para la movilización de recursos a nivel nacional, promoviendo la articulación intersectorial y con los distintos niveles de gobierno.**
12. **Las demás funciones que le asigne la normativa vigente en su calidad de Unidad Ejecutora.**

Artículo 9. Jefatura Institucional y Estructura orgánica del Instituto Nacional de Oftalmología (INO)

El Jefe del Instituto Nacional de Oftalmología es el funcionario público de mayor nivel jerárquico, máxima autoridad ejecutiva, titular del pliego y representante legal de la entidad; es responsable de la conducción general de las funciones asistenciales, de investigación, docencia y gestión administrativa, y accede al cargo mediante concurso público de méritos por un período de cinco (5) años, renovable por una sola vez y por igual término, previa evaluación favorable de desempeño y cumplimiento de los indicadores de gestión institucionales ante el ente rector.

El Instituto Nacional de Oftalmología (INO) cuenta con la siguiente estructura orgánica básica:

a) Alta Dirección

1. Despacho de la Jefatura Institucional

2. Gerencia General**3. Gerencia de Gestión Clínica****4. Gerencia de Operaciones de la Red Oftalmológica****b) Órgano de Control****c) Órganos de Asesoramiento****d) Órganos de Apoyo****e) Órganos de Línea****f) Órganos Desconcentrados**

La estructura orgánica y las funciones específicas de sus unidades se desarrollan en el Reglamento de Organización y Funciones.

Artículo 10. Requisitos para el cargo de Jefe

Para ser Jefe del INO se requiere:

a) Ser peruano y ciudadano en ejercicio con reconocida trayectoria profesional.

b) Profesional médico con especialidad en Oftalmología o con formación de posgrado en Salud Pública, Gerencia Social o Gestión en Salud. De manera excepcional, podrá designarse a un profesional de distinta disciplina, siempre que acredite idoneidad y trayectoria en cargos de gestión.

c) Reconocida solvencia moral e idoneidad profesional.

d) Experiencia profesional mínima de diez (10) años y no menos de tres (3) años en cargos de dirección en el sector público o privado.

e) No contar con inhabilitación vigente para contratar con el Estado ni para el ejercicio de la función pública.

Artículo 11. Remoción del Jefe

La remoción del Jefe del INO procede únicamente por incumplimiento de los requisitos exigibles para el cargo, falta grave debidamente comprobada o incumplimiento de los indicadores de gestión establecidos en el convenio de gestión respectivo.

Artículo 12. Indicadores de Impacto

El INO reporta anualmente a la Comisión de Salud del Congreso el avance de indicadores obligatorios, incluyendo: reducción de listas de espera quirúrgica, número de trasplantes de córnea realizados, cobertura de atención en regiones y metas de telesalud.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Cláusula de gradualidad

La implementación de la presente ley se realiza de forma progresiva, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público y sujeta a la disponibilidad presupuestaria y a la programación multianual de la institución.

SEGUNDA. Plazo para la adecuación normativa.

Dispóngase un plazo no mayor de ciento veinte (90) días calendario, contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para que el Poder Ejecutivo, a propuesta del Ministerio de Salud, apruebe el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Instituto Nacional de Oftalmología (INO), así como sus respectivos instrumentos de gestión administrativa y demás normativa conexas para su adecuada implementación.

TERCERA. Continuidad operativa.

En tanto se apruebe el nuevo Reglamento de Organización y Funciones, el Instituto Nacional de Oftalmología (INO) mantendrá la vigencia de su estructura actual en todo aquello que no se oponga a la presente Ley, a fin de garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

CUARTA. Reglamentación

El Poder Ejecutivo dicta las normas reglamentarias y complementarias necesarias para la aplicación de la presente ley en un plazo de sesenta (60) días calendario.

Dese cuenta

Lima, febrero de 2026



Firmado digitalmente por:
HUAMÁN CORONADO Raul FAU
20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 25/02/2026 15:31:58-0500

RAÚL HUAMÁN CORONADO Congresista de la República Documento firmado digitalmente



Firmado digitalmente por:
ALEGRIA GARCIA Luis
Arturo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 05/03/2026 11:22:39-0500



Firmado digitalmente por:
LOPEZ MORALES Jeny Luz
FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 05/03/2026 13:11:06-0500



Firmado digitalmente por:
REVILLA VILLANUEVA Cesar
Manuel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 27/02/2026 11:38:46-0500



Firmado digitalmente por:
MOYANO DELGADO Martha
Lupe FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 05/03/2026 11:38:52-0500



Firmado digitalmente por:
BARBARAN REYES Rosangella
Andrea FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 05/03/2026 15:14:02-0500



Firmado digitalmente por:
REVILLA VILLANUEVA Tania
Estefany FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 05/03/2026 15:28:51-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO

La presente iniciativa legislativa se formula en atención directa a las necesidades técnicas y operativas canalizadas por la Jefatura Institucional del Instituto Nacional de Oftalmología (INO) y su Cuerpo Directivo de la Alta Dirección. Dichas autoridades, en el ejercicio de su función técnica y asistencial, han identificado las brechas normativas que limitan la autonomía administrativa de la entidad y la urgencia de fortalecer su rol como referente nacional en salud visual. En ese sentido, la propuesta recoge el análisis situacional y los requerimientos de gestión especializados formulados por la actual conducción del Instituto, orientados a garantizar la continuidad de las políticas de salud ocular y la meritocracia en la institución.

Cabe señalar que, la salud visual en el Perú enfrenta una crisis estructural caracterizada por la brecha persistente entre la demanda de servicios especializados y la capacidad de respuesta del sistema público, lo que se traduce en altas tasas de ceguera evitable y discapacidad visual. El problema público central radica en la **insuficiente capacidad operativa, autonomía limitada y desarticulación normativa del Instituto Nacional de Oftalmología (INO)**, situación que impide el ejercicio pleno del derecho constitucional a la salud de la población, especialmente de los sectores en situación de vulnerabilidad.

Actualmente, el INO opera bajo una estructura que restringe su facultad de gestión presupuestaria y administrativa, lo que genera una dependencia excesiva de la administración central del Ministerio de Salud. Esta limitación burocrática ralentiza la adquisición de insumos críticos, la modernización de infraestructura y la contratación de personal altamente especializado, impidiendo que la institución responda con celeridad a las emergencias sanitarias y a la creciente lista de espera de pacientes que requieren intervenciones quirúrgicas de alta complejidad.

La Ley 32531, *Ley que establece medidas para fortalecer la atención del Instituto Nacional de Oftalmología (INO) y optimizar la salud visual de la población*, pese a representar un hito en la autonomía del Instituto Nacional de Oftalmología al elevarlo a pliego presupuestal, promulgado en noviembre de 2025, presenta omisiones críticas que limitan su impacto real en la salud pública.

De igual modo, lamentablemente, el texto vigente no contempla áreas fundamentales como el liderazgo sobre la Red Nacional de Salud Ocular, el reconocimiento de subespecialidades médicas ni un mecanismo vinculante para la procuración de tejidos, dejando al INO como una entidad con solvencia financiera, pero sin las herramientas legales necesarias para articular una respuesta nacional frente a la ceguera evitable.

Por otro lado, la falta de una Red Nacional de Salud Ocular debidamente articulada y liderada por el INO ha derivado en una fragmentación de los servicios a nivel nacional. Mientras que la capacidad resolutoria se concentra en la capital, las regiones padecen un déficit de subespecialistas y equipamiento, obligando a los ciudadanos a realizar desplazamientos costosos e ineficientes hacia Lima. Esta desarticulación no solo satura los servicios del instituto, sino que perpetúa la inequidad en el acceso a tratamientos especializados en el interior del país.

Asimismo, se identifica una carencia normativa en la certificación de subespecialidades médicas. A pesar de contar con profesionales con amplia experiencia práctica en procedimientos de alta complejidad, la ausencia de un régimen excepcional de certificación impide que el sistema reconozca formalmente estas competencias. Esta situación limita el crecimiento académico y asistencial del país, desincentivando la alta especialización y afectando la calidad de la atención clínica y quirúrgica que recibe el ciudadano.

Otro aspecto crítico del problema es la alarmante escasez de tejidos oculares para trasplantes. El marco legal vigente no establece mecanismos de notificación obligatoria ni garantiza la celeridad en la recuperación de córneas, lo que resulta en la pérdida de órganos potenciales por el transcurso del tiempo. La inexistencia de una obligación de reporte inmediato por parte de los centros donde ocurren los decesos condena a miles de pacientes a listas de espera interminables, privándolos de la oportunidad de recuperar la visión mediante procedimientos que son técnica y científicamente viables.

La investigación científica e innovación tecnológica en salud ocular en el Perú se encuentra, de igual modo, en un estado de estancamiento debido a la falta de facultades explícitas del INO para liderar estos procesos a nivel nacional. Sin un liderazgo técnico que defina las prioridades epidemiológicas y gestione la cooperación técnica internacional de manera autónoma, el país pierde oportunidades de financiamiento y desarrollo de protocolos médicos adaptados a nuestra realidad sociosanitaria.

La gobernanza del INO también presenta debilidades en su estructura orgánica actual, la cual no refleja las necesidades de una institución moderna

de tercer nivel. La falta de una línea de mando clara, con funciones de jefatura institucional y gerencial debidamente delimitadas por ley, genera duplicidad de funciones y debilita la toma de decisiones estratégicas. Esta precariedad institucional se agrava al no contar con un mecanismo de designación de autoridades basado estrictamente en meritocracia y periodos de gestión estables.

El problema público se extiende al ámbito de la prevención y la telesalud, donde el INO no ha logrado consolidar un acompañamiento técnico efectivo a los niveles primarios de atención. La ausencia de lineamientos técnicos vinculantes para los demás prestadores de salud genera una oferta de servicios heterogénea y de calidad variable, donde el ciudadano no tiene garantías de recibir una atención estándar independientemente del establecimiento al que acuda, vulnerando el principio de universalidad de la salud.

Finalmente, la persistencia de este problema público conlleva un elevado costo social y económico para el Estado. La ceguera no tratada incrementa la dependencia económica de los ciudadanos afectados, reduce la productividad nacional y sobrecarga los sistemas de asistencia social. Por tanto, la intervención legislativa propuesta no es solo una modificación administrativa, sino una medida imperativa para garantizar que el INO actúe como el ente rector y motor de un sistema de salud visual eficiente, equitativo y moderno que responda a las necesidades del siglo XXI.

II. ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DE LA SITUACIÓN FÁCTICA QUE SE PRETENDE MODIFICAR

El sistema nacional de salud visual en el Perú atraviesa una crisis estructural caracterizada por la fragmentación de los servicios y una limitada capacidad de respuesta ante la creciente demanda de atención especializada. Actualmente, el **Instituto Nacional de Oftalmología (INO)** opera bajo un marco administrativo que restringe su capacidad de liderazgo a nivel nacional, limitándolo a ser un prestador de alta complejidad en la capital, en lugar de actuar como el ente rector y articulador de la salud ocular en todo el territorio. Esta desarticulación genera que las brechas de atención en regiones no sean cubiertas de manera técnica ni estandarizada, perpetuando la ceguera evitable por falta de prevención y tratamiento oportuno.

Un punto crítico en la situación fáctica actual es la ausencia de un mecanismo formal para la certificación de subespecialidades en oftalmología. A pesar de que la práctica clínica ha evolucionado hacia la "alta especialidad" (retina, glaucoma, córnea, entre otras), muchos médicos especialistas carecen de un reconocimiento oficial de estas competencias por parte del Estado. Esto

genera un vacío en la acreditación del talento humano, dificultando que el sistema público pueda organizar carteras de servicios especializadas y garantizadas, afectando directamente la calidad de las intervenciones quirúrgicas complejas que la población requiere.

En cuanto a la infraestructura de red, la actual Red Nacional de Salud Ocular carece de un liderazgo normativo y supervisor con base legal sólida. Hoy en día, la coordinación entre los institutos regionales y los servicios de oftalmología de hospitales generales es voluntariosa pero ineficiente, sin una hoja de ruta que certifique capacidades o supervise la calidad de la atención. El INO no cuenta con las facultades legales expresas para conducir de manera vinculante esta red, lo que resulta en una duplicidad de esfuerzos en algunas zonas y un abandono total de la salud visual en las áreas más remotas del país.

La problemática de los trasplantes de córnea es quizás uno de los aspectos más urgentes de la realidad fáctica. Existe una brecha abismal entre los pacientes en lista de espera y los tejidos oculares disponibles, exacerbada por la falta de un sistema obligatorio de notificación de potenciales donantes. Actualmente, la procuración de tejidos depende de coordinaciones aisladas y de la buena voluntad de los establecimientos de salud, perdiéndose diariamente decenas de córneas recuperables debido a que no existe un mandato legal que obligue a los custodios de cadáveres a informar al Banco de Tejidos Oculares del INO de manera inmediata.

La gestión del Banco de Tejidos Oculares se ve limitada por protocolos que no gozan de la fuerza normativa necesaria para garantizar el acceso irrestricto de los equipos de procuración. Esta situación fáctica se traduce en tiempos de respuesta excesivamente largos que superan las ventanas de viabilidad del tejido ocular. Sin una norma que establezca plazos perentorios para la notificación y facilite el ingreso de los especialistas del INO a los centros donde se encuentran los donantes, el derecho a la salud visual de miles de peruanos con ceguera corneal seguirá siendo vulnerado sistemáticamente.

Desde una perspectiva de políticas públicas, el INO carece hoy de funciones explícitas para liderar la investigación epidemiológica e innovación tecnológica en salud visual a nivel nacional. La producción científica y el desarrollo de nuevas técnicas de telemedicina se realizan de forma aislada, sin que estos avances se conviertan en normas técnicas de cumplimiento obligatorio para el resto de los prestadores. Esto impide que el conocimiento generado en el centro de referencia nacional se democratice y llegue a los niveles primarios de atención, donde la prevención de enfermedades como el glaucoma o la retinopatía diabética es vital.

La estructura orgánica actual del INO ha quedado obsoleta frente a las necesidades de una gestión moderna de salud. La inexistencia de gerencias especializadas en la gestión de redes y operaciones oftalmológicas impide que el instituto pueda monitorear el desempeño de los servicios de salud visual en el interior del país. Esta debilidad estructural conlleva a una asignación de recursos basada en presupuestos históricos y no en necesidades reales de la población o indicadores de desempeño clínico, lo que profundiza la inequidad en el acceso a la atención ocular.

Asimismo, el mecanismo de designación de la alta dirección del INO no garantiza actualmente la continuidad de las políticas institucionales ni exige requisitos de alta dirección pública alineados con la complejidad de un organismo ejecutor. La falta de un período de gestión definido y renovable bajo criterios de meritocracia genera una inestabilidad que afecta la planificación a largo plazo. La situación fáctica muestra que los cambios constantes en la jefatura retrasan proyectos de inversión y debilitan el posicionamiento internacional del instituto como referente regional.

Finalmente, el marco normativo vigente no aborda la integración de la Telesalud especializada como un eje fundamental para cerrar brechas. En el estado actual, la teleoftalmología se percibe como un servicio complementario y no como una herramienta estratégica de la oferta flexible. Sin una ley que faculte al INO a proponer al Minsa lineamientos técnicos especializados y ejecutar la política nacional de salud visual, aprobada por el ente rector e integrando estas tecnologías, la población rural seguirá excluida del acceso a diagnósticos de alta especialidad, manteniendo la carga de enfermedad visual en niveles que afectan directamente la productividad y el desarrollo humano del país.

III. NUEVO ESTADO QUE GENERA LA PROPUESTA NORMATIVA

La aprobación de la presente propuesta normativa facultará al INO para actuar con la agilidad necesaria en la toma de decisiones estratégicas, optimizando la ejecución de su pliego presupuestal y permitiéndole liderar políticas de salud visual con un peso institucional que hoy no posee.

En el ámbito técnico-profesional, la ley instaura un régimen excepcional de certificación de subespecialidades. Este nuevo escenario permitirá que el talento médico altamente especializado sea reconocido formalmente por el Estado tras una evaluación de competencias rigurosa. El impacto inmediato será la creación de un estándar de calidad en la atención de "alta especialidad", facilitando que el sistema de salud pueda organizar sus cuadros médicos en áreas críticas como retina o glaucoma. Esto no solo jerarquiza la carrera médica, sino que garantiza al ciudadano que será atendido por profesionales cuya pericia clínica y quirúrgica ha sido validada por el máximo ente rector en la materia.

La propuesta genera una Red Nacional de Salud Ocular plenamente articulada y bajo el mando técnico del INO. A diferencia de la situación actual de desconexión regional, el nuevo marco normativo otorga al instituto la facultad de supervisar, certificar capacidades y definir carteras de servicios en todo el país. El estado resultante será un sistema de salud visual descentralizado pero estandarizado, donde un paciente en una región remota recibirá una atención bajo los mismos protocolos de calidad que se aplican en la capital, gracias al acompañamiento y monitoreo constante de la sede central.

Un cambio disruptivo se producirá en el sistema de trasplantes con la implementación de la notificación obligatoria de potenciales donantes. El nuevo estado legal elimina la discrecionalidad en la información sobre fallecimientos, estableciendo un flujo de comunicación inmediato entre los custodios de cadáveres y el Banco de Tejidos Oculares. Esta medida proyecta un incremento exponencial en la disponibilidad de córneas y otros tejidos, reduciendo drásticamente las listas de espera y transformando la vida de miles de peruanos que hoy padecen ceguera corneal por falta de insumos biológicos oportunos.

La normativa garantiza un acceso irrestricto y oportuno para la procuración de tejidos, estableciendo responsabilidades claras para las instituciones de salud. Establecido un plazo máximo de seis horas para la notificación, se asegura la viabilidad biológica del material recuperado. El nuevo estado fáctico será uno de eficiencia operativa, donde los equipos especializados del INO podrán actuar sin trabas burocráticas o negativas injustificadas, maximizando cada oportunidad de donación y fortaleciendo la cultura de solidaridad orgánica en el país bajo un amparo legal sólido.

Desde la perspectiva de la gestión pública, la propuesta moderniza la Alta Dirección del INO al establecer requisitos de idoneidad y periodos de gestión definidos. La designación del Jefe Institucional por un periodo de cinco años, renovable y basada en un perfil técnico de alta especialización, generará un entorno de estabilidad institucional. Este nuevo estado permitirá la planificación de políticas de salud visual a mediano y largo plazo, evitando las interrupciones traumáticas que suelen acompañar a los cambios políticos y asegurando que la visión estratégica del instituto se mantenga firme por encima de las coyunturas.

La nueva estructura orgánica, que incluye gerencias de Gestión Clínica y de Operaciones de la Red, permitirá un control granular de la productividad y la calidad asistencial. El INO dejará de ser solo un hospital de referencia para convertirse en un centro de comando estratégico. Este diseño institucional facilitará la implementación de la Telesalud especializada como una herramienta de alcance nacional, permitiendo que la experiencia del INO se movilice digitalmente hacia las zonas donde no existen especialistas, democratizando el acceso a la salud ocular de alta complejidad.

En el campo de la prevención, el INO asumirá un rol protagónico en la ejecución de políticas públicas y normas técnicas de cumplimiento nacional. El nuevo estado generado permitirá que el instituto dicte las pautas para el aseguramiento y la cobertura universal en salud visual. Esto significa que los programas de prevención de ceguera por catarata, errores refractivos en niños y retinopatía diabética tendrán un respaldo normativo que obligará a los distintos prestadores a alinearse con los objetivos nacionales de reducción de la carga de enfermedad visual.

La propuesta fomenta un ecosistema de investigación e innovación tecnológica liderado por el instituto. Con las nuevas funciones asignadas, el INO podrá articular la cooperación técnica internacional y captar recursos para el desarrollo de nuevas fronteras terapéuticas. El estado resultante será un Perú posicionado como referente regional en investigación oftalmológica, donde la generación de evidencia científica local sirva para mejorar los tratamientos y para optimizar el uso de los recursos públicos destinados a la salud de los ojos.

Finalmente, el impacto social de la norma se traducirá en un fortalecimiento de la confianza ciudadana en los servicios del Estado. Optimizar la atención y la reducción de los plazos de espera para cirugías y trasplantes, de igual manera garantizar la presencia técnica del INO en las regiones, genera un entorno de mayor equidad social. El nuevo estado que genera la propuesta es, en esencia, la recuperación del derecho a ver para miles de ciudadanos, integrándolos nuevamente a la vida social y productiva del país y reduciendo el impacto económico que la discapacidad visual genera en las familias peruanas.

IV. FUNDAMENTOS JURIDICOS DE LA PROPUESTA

La presente propuesta legislativa se sustenta, de manera primaria, en el Artículo 7 de la Constitución Política del Perú, el cual consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad. En este sentido, la optimización de las funciones del Instituto Nacional de Oftalmología (INO) no es una mera modificación normativa, sino un mandato constitucional orientado a garantizar que el Estado cumpla con su deber de brindar servicios de salud visual de calidad, especialmente a aquellos sectores de la población que sufren de discapacidad o ceguera prevenible.

Asimismo, la propuesta guarda estricta coherencia con el Artículo 9 de la Carta Magna, que establece que el Estado determina la política nacional de salud y que el Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Mediante la asignación de la facultad para liderar la Red Nacional de Salud Ocular, la ley materializa la descentralización de la salud y el fortalecimiento de la rectoría técnica del Ministerio de Salud (MINSA). Jurídicamente, esto refuerza el principio de unidad de mando técnico en un sector que, por su alta

especialización, requiere de un ente conductor con autonomía y respaldo legal para emitir directrices vinculantes.

El régimen excepcional de certificación de subespecialidades encuentra su fundamento en la Ley N.º 23536, que regula el trabajo y carrera de los profesionales de la salud. La propuesta no contraviene el Sistema Nacional de Residentado Médico, sino que lo complementa mediante una norma de igual jerarquía que atiende una laguna jurídica: la falta de reconocimiento oficial de las competencias de alta especialidad adquiridas mediante la práctica clínica y académica. En cumplimiento de las disposiciones legales, esto se ampara en el principio de reconocimiento de la idoneidad profesional y el derecho al trabajo en condiciones de especialización técnica.

En cuanto a la procuración de órganos y tejidos, la propuesta se alinea y refuerza la Ley N.º 28189, Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos. El establecimiento de la obligatoriedad de notificación por parte de custodios de cadáveres y el acceso irrestricto de los equipos del INO son medidas que operativizan el derecho a la salud visual de los receptores. Esta modificación se sustenta en el principio de solidaridad social y en la facultad del Estado de regular el manejo de restos humanos con fines terapéuticos, siempre respetando la dignidad de la persona fallecida y los protocolos de bioseguridad.

La creación de una estructura orgánica moderna y la fijación de requisitos para la Jefatura Institucional se fundamentan en la Ley N.º 31419, ley que establece disposiciones para garantizar la idoneidad en el acceso y ejercicio de la función pública de funcionarios y directivos de libre designación y remoción. El establecimiento de requisitos técnicos específicos y un periodo de gestión de cinco años responde al mandato de meritocracia en la gestión pública. Esta medida asegura que la máxima autoridad del INO posea no solo las credenciales académicas, sino también la experiencia necesaria en la conducción de institutos especializados.

El marco jurídico internacional también brinda soporte a esta iniciativa a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ratificado por el Perú. El artículo 12 de dicho pacto reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. La reforma del INO es una medida de progresividad que el Estado peruano adopta para cumplir con sus obligaciones internacionales, específicamente en lo que respecta a la prevención, tratamiento y control de las enfermedades que conducen a la discapacidad visual y la exclusión social.

Asimismo, la propuesta se enmarca en la Ley N.º 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, que establece que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación. A través del fortalecimiento de la capacidad del INO para realizar trasplantes y brindar atención de alta complejidad, el Estado está cumpliendo con su deber de remover los obstáculos que impiden la

integración plena de las personas con deficiencias visuales. Conforme a derecho, la norma actúa como una acción afirmativa para garantizar la igualdad de oportunidades y el acceso efectivo a la rehabilitación visual.

Finalmente, el mandato legal para que el Poder Ejecutivo reglamente la norma en un plazo determinado garantiza la seguridad jurídica y la operatividad de la ley, permitiendo que las nuevas funciones y la estructura del INO se desplieguen de manera coherente con el sistema jurídico nacional, evitando vacíos normativos que pudieran comprometer la continuidad de los servicios de salud visual.

V. MARCO NORMATIVO

- Constitución Política del Perú, Artículo 7°, 9° y 118° inciso 8°
- Reglamento del Congreso de la República
- Ley N.º 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (LOPE)
- Ley N.º 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado
- Ley N.º 31419: Ley que establece disposiciones para garantizar la idoneidad en el acceso y ejercicio de la función pública de funcionarios y directivos.
- Ley N.º 26842, Ley General de Salud
- Ley N.º 32531: Ley que establece medidas para fortalecer la atención del Instituto Nacional de Oftalmología
- Ley N.º 28189, Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos
- Ley N.º 23536: Ley que establece el trabajo y carrera de los profesionales de la salud.
- Ley N.º 30421, Ley Marco de Telesalud y su modificatoria, que regula la prestación de servicios de salud a distancia.
- Decreto Legislativo N.º 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público
- Decreto Supremo N.º 054-2018-PCM: Aprueba los Lineamientos de Organización del Estado
- Ley N.º 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

VI. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

Tras el análisis técnico-normativo realizado en el portal institucional del Congreso de la República, se han identificado los siguientes antecedentes legislativos que, por su naturaleza, objeto y alcances, guardan estrecha relación con la presente propuesta de modificación:

- **Ley N.º 32531**, Ley que establece medidas para fortalecer la atención del Instituto Nacional de Oftalmología (INO) y optimizar la salud visual de la población: Constituye la norma matriz que se pretende modificar e incorporar. Esta ley representó el primer paso en el reconocimiento de la necesidad de fortalecer la capacidad operativa del INO, estableciendo las bases para su actual funcionamiento.

Proyecto de Ley	Fecha de Presentación	Título	Autor
13991/2025-CR	17/02/2026	PROYECTO DE LEY QUE INCORPORA ARTÍCULOS A LA LEY 32531, LEY QUE ESTABLECE MEDIDAS PARA FORTALECER LA ATENCIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA (INO) Y OPTIMIZAR LA SALUD VISUAL DE LA POBLACIÓN	Gonza Castillo, Américo
13876/2025-CR	03/02/2026	PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA LA LEY 32531, LEY QUE ESTABLECE MEDIDAS PARA FORTALECER LA ATENCIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA (INO) Y OPTIMIZAR LA SALUD VISUAL DE LA POBLACIÓN	Gonza Castillo, Américo

VII. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA QUE SE PROPONE SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La entrada en vigencia de la presente ley produce, en primer término, una modificación sustancial de la Ley N.º 32531. Mediante la modificación del artículo 4 e incorporar los artículos 8, 9, 10, 11 y 12 se genera un nuevo texto normativo. Este efecto no supone una colisión normativa con la Constitución Política del Perú o el ordenamiento jurídico vigente, sino una evolución legislativa que actualiza el marco de competencias de la institución, dotándola de la jerarquía necesaria para cumplir con sus fines de salud visual a escala nacional.

En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, la norma impacta sobre la estructura de rectoría del Ministerio de Salud (MINSA). Si bien el INO mantiene su adscripción al sector salud, la ley genera un desplazamiento de funciones operativas y normativas especializadas hacia el instituto. Este efecto jurídico fortalece la descentralización funcional, permitiendo que el MINSA se concentre en políticas macro de salud, mientras que el INO asume la conducción técnica y supervisión de la Red Nacional de Salud Ocular, evitando la duplicidad de funciones.

En relación con la Ley N.º 28189, Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos, la propuesta introduce un régimen de especialidad para los tejidos oculares. La obligatoriedad de notificación inmediata y el acceso irrestricto de los equipos del INO no derogan la ley general, sino que la complementan y optimizan, garantizando que la normativa específica prevalezca para salvaguardar la viabilidad del tejido.

La propuesta tiene un efecto neutro pero aclaratorio sobre el Decreto Legislativo N.º 1154, que regula el Residentado Médico. Mediante el establecimiento de un régimen excepcional de certificación de subespecialidades, la ley precisa que este proceso es independiente y no modifica el sistema de formación de especialistas. Este deslinde jurídico es fundamental para evitar conflictos interpretativos en las instancias académicas y gremiales, asegurando que la certificación de "alta especialidad" sea un reconocimiento de competencias asistenciales y no una nueva modalidad de formación académica universitaria.

En cuanto a la Ley N.º 30421, Ley Marco de Telesalud, la vigencia de la norma potencia su aplicación en el campo oftalmológico. La ley dota de contenido técnico a las disposiciones generales de telesalud vigentes en el país, tras otorgar al INO la función de liderar la oferta de telesalud especializada. Esto genera un efecto de especialización normativa, donde el INO se convierte en el validador técnico de las plataformas y protocolos de telemedicina visual, asegurando que el despliegue tecnológico a nivel nacional cumpla con estándares clínicos rigurosos.

Respecto a la Ley N.º 31419, referida a la idoneidad en la función pública, la propuesta refuerza su cumplimiento al elevar los requisitos para el cargo de Jefe del INO. La vigencia de la norma establece una valla de profesionalización que se alinea con las políticas de integridad del Estado. El efecto jurídico inmediato es la obligatoriedad de que cualquier futura designación en la alta dirección cumpla estrictamente con el perfil de especialista y experiencia directiva, garantizando la tecnocracia en la gestión de la salud visual.

La norma también produce un efecto de derogación tácita de cualquier disposición reglamentaria o directiva de menor jerarquía que se oponga a la nueva estructura y funciones del INO. Una vez aprobada la ley, se obliga a una actualización inmediata del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y del Cuadro para Asignación de Personal (CAP) de la entidad.

Finalmente, la vigencia de la ley genera un mandato de reglamentación obligatoria que vincula al Poder Ejecutivo. Este efecto garantiza que la ley no sea una "norma muerta", sino que se operativice en plazos perentorios. En resumen, la propuesta normativa se inserta en la legislación nacional como un instrumento de reforma institucional que respeta el marco constitucional, potencia las leyes de salud vigentes y moderniza la administración pública en beneficio directo de la salud visual de la población.

IX. RELACIÓN DE LA INICIATIVA CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO EXPRESADAS EN EL ACUERDO NACIONAL

Esta propuesta se fundamenta en los pilares del Acuerdo Nacional, garantizando la plena alineación con las políticas de Estado que se detallan a continuación:

ACUERDO NACIONAL	
OBJETIVOS	POLÍTICAS DE ESTADO
II. EQUITAD Y JUSTICIA SOCIAL	13. ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL
IV. ESTADO EFICIENTE, TRANSPARENTE Y DESCENTRALIZADO	24. AFIRMACIÓN DE UN ESTADO EFICIENTE Y TRANSPARENTE

X. RELACIÓN DE LA INICIATIVA CON LA AGENDA LEGISLATIVA

Esta iniciativa se alinea estrictamente con los ejes temáticos de la Agenda Legislativa Anual 2024-2025 (Res. Leg. N° 006-2024-2025-CR). Su articulación con las prioridades del Congreso garantiza su pertinencia estratégica en las siguientes áreas:

Tema **46**. ACCESO, REFORMA, MODERNIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD.

Tema **51**. MEJORAS EN LAS CONDICIONES LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Tema **53**. SOBRE LA INFRAESTRUCTURA EN SALUD.

Tema **92**. MODERNIZACIÓN Y EFICIENCIA DE LA GESTIÓN DEL ESTADO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

XI. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

SUJETOS	BENEFICIO	COSTO
Pacientes y Población General	Mejora drástica en el acceso a trasplantes de córnea y cirugías de alta complejidad. Reducción de la ceguera evitable y reincorporación a la vida económica activa.	Cero costo adicional al Tesoro Público.
Estado y Sector Salud	Reducción del gasto social derivado de la discapacidad visual (pensiones, dependencia). Mayor eficiencia en la ejecución del gasto.	La implementación se financia con el presupuesto institucional del MINSA y las fuentes propias del INO.
Instituto Nacional de Oftalmología (INO)	Obtención de personería jurídica y autonomía financiera. Liderazgo técnico de la Red Nacional y capacidad de certificar subespecialidades para retener talento médico.	El acceso a los servicios de salud visual se fortalece bajo el principio de gratuidad y cobertura universal.
Médicos Especialistas	Seguridad jurídica y reconocimiento oficial de sus subespecialidades, lo que permite una línea de carrera meritocrática y especializada dentro del sector público.	
Sociedad Peruana	Fortalecimiento de la cultura de donación de órganos y tejidos. Reducción de las brechas de atención entre Lima y las regiones mediante la Red Nacional de Salud Ocular.	Se genera un impacto social positivo al democratizar la salud visual de calidad en todo el territorio nacional.