

## **PROYECTO DE LEY DE FORTALECIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DE LA SUBESPECIALIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL EN EL PERÚ**

Los Congresistas de la República que suscriben, a iniciativa de la Congresista de la República, **HILDA MARLENY PORTERO LÓPEZ**, miembro del Grupo Parlamentario Acción Popular, en ejercicio de las facultades de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú, y de conformidad con los artículos 75 y 76 del Reglamento del Congreso de la República, proponen el siguiente Proyecto de Ley:

### **FÓRMULA LEGAL**

**El Congreso de la República  
Ha dado la siguiente Ley**

### **LEY DE FORTALECIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DE LA SUBESPECIALIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL EN EL PERÚ**

#### **Artículo 1. Objeto de la Ley**

La presente ley tiene por objeto el fortalecimiento, desarrollo e implementación de la subespecialidad médica de Medicina Materno Fetal dentro del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME), a fin de asegurar una atención de alta complejidad orientada a la reducción de la morbilidad materna, fetal y neonatal a través de una atención médica altamente especializada en el binomio madre-niño.

#### **Artículo 2. Reconocimiento e institucionalización de la subespecialidad**

Reconócese e institucionalícese la subespecialidad médica de Medicina Materno Fetal como una derivación de la especialidad de Ginecología y Obstetricia dentro del territorio nacional, debiendo incorporarse de manera formal en los catálogos de especialidades y subespecialidades del sector salud y del Colegio Médico del Perú. Creación e institucionalización de la subespecialidad

Créase la subespecialidad médica de Medicina Materno Fetal como una derivación de la especialidad de Ginecología y Obstetricia dentro del territorio nacional.

#### **Artículo 3. Ámbito de Aplicación**

La presente ley es de aplicación obligatoria en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) públicas del sector salud, incluyendo el Ministerio de Salud (MINSU), los Gobiernos Regionales, el Seguro Social de Salud (EsSalud), las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, así como en las universidades encargadas de la formación médica de posgrado.

### **Artículo 3. Competencias sectoriales para la implementación académica**

El Ministerio de Salud (MINSA), en coordinación con el Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME), la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), el Colegio Médico del Perú (CMP) y las universidades licenciadas, implementará en un plazo no mayor de noventa (90) días calendario:

1. El perfil de competencias profesionales del médico subespecialista en Medicina Materno Fetal.
2. El Plan Curricular Oficial unificado para la formación académica y práctica de la subespecialidad.
3. El procedimiento de acreditación de hospitales nacionales, regionales e institutos especializados con capacidad formativa.

### **Artículo 4. Planificación de Infraestructura y Equipamiento Tecnológico**

El Ministerio de Salud, EsSalud y los Gobiernos Regionales, en el marco de sus competencias operativas, priorizarán el fortalecimiento, equipamiento tecnológico biomédico especializado (ecógrafos de alta resolución con tecnología Doppler avanzada y el instrumental quirúrgico requerido para procedimientos invasivos y cirugía fetal intrauterina) y adecuación física de las Unidades de Medicina Fetal, garantizando su articulación funcional con las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), con especial énfasis en las regiones del país.

## **DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y FINALES**

### **PRIMERA.- Reglamentación**

El Poder Ejecutivo, a propuesta del Ministerio de Salud, reglamentará la presente ley en un plazo no mayor de noventa (90) días hábiles contados a partir de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

### **SEGUNDA.- Articulación y Progresividad de Vacantes**

El Consejo Nacional de Residentado Médico CONAREME determinará anualmente la oferta de vacantes para la subespecialidad de Medicina Materno Fetal, de acuerdo con la brecha de especialistas identificada por el Ministerio de Salud y la capacidad de aforo formativo de las sedes hospitalarias acreditadas.



HILDA MARLENY PORTERO LÓPEZ  
Congresista de la República

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”

### **TERCERA. Vigencia**

La presente ley entrará en vigencia al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Lima, Mayo de 2026

## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

### I. FUNDAMENTOS DE LA PROPUESTA

#### 1.1 Diagnóstico situacional de la salud Materno-Perinatal en el Perú

La presente iniciativa legislativa aborda una de las deudas históricas más críticas del sistema de salud pública en el Perú: la desprotección y falta de resolución médica especializada para el paciente intrauterino. A pesar de los esfuerzos normativos orientados a la reducción de la mortalidad materna, el componente perinatal y neonatal muestra un estancamiento preocupante, condicionado por la falta de un marco institucional que reconozca, regule y despliegue a nivel nacional la subespecialidad de Medicina Materno Fetal (MMF).

En el Perú, la transición demográfica y epidemiológica exige abandonar el enfoque obstétrico convencional de control prenatal básico y migrar hacia un modelo de alta precisión perinatal. Clásicamente, las políticas de salud han tratado la gestación bajo una mirada binaria donde el feto es un sujeto pasivo. La evidencia científica internacional y los avances de la biotecnología médica han derribado este paradigma, demostrando que el feto es un paciente independiente, portador de patologías médicas, genéticas, anatómicas y funcionales que pueden y deben ser diagnosticadas y tratadas eficazmente in útero.

El problema radica en que el Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME), bajo la rectoría del Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME), no tiene institucionalizada esta rama como una subespecialidad formal de acceso descentralizado y continuo. Esto genera un vacío en la formación de recursos humanos calificados y una severa asimetría en la infraestructura hospitalaria, dejando a miles de gestantes peruanas y a sus hijos en el vientre a merced de diagnósticos tardíos y muertes prevenibles.

El Estado peruano, en concordancia con el artículo 7 de la Constitución Política, reconoce el derecho de toda persona a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad. En ese contexto, la salud de la gestante y del concebido protegido constitucionalmente como sujeto de derecho en el artículo 2 constituye una prioridad nacional de salud pública. A pesar de los esfuerzos sostenidos en las últimas décadas mediante la expansión del Seguro Integral de Salud (SIS) y el incremento del parto institucional, la morbimortalidad materna y neonatal sigue representando un desafío estructural crítico en el Perú. De acuerdo con el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú) del Ministerio de Salud, las causas directas de mortalidad materna, tales como los trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia/eclampsia), las hemorragias obstétricas y las infecciones, se concentran

de manera desproporcionada en embarazos de alto riesgo que no son detectados ni manejados de forma oportuna por personal con competencias de alta especialización.<sup>1</sup>

## 1.2. Diagnóstico Situacional: La Transición Epidemiológica y la Necesidad de la Alta Especialidad

El perfil epidemiológico de las gestantes en el Perú ha experimentado una transformación drástica. Factores socioeconómicos y demográficos han condicionado un incremento en la edad materna avanzada (gestantes mayores de 35 años), así como una mayor prevalencia de enfermedades crónicas preexistentes concomitantes con el embarazo, tales como la hipertensión arterial crónica, la diabetes mellitus, la obesidad mórbida, las nefropatías y las cardiopatías.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el porcentaje de partos en mujeres mayores de 35 años ha mostrado una tendencia al alza constante.<sup>2</sup>

Estos embarazos se clasifican automáticamente como de Alto Riesgo Obstétrico. Las consecuencias directas de la falta de un manejo especializado en Medicina Materno Fetal se traducen en indicadores críticos de morbimortalidad:

- Preeclampsia con Criterios de Severidad: Sigue siendo una de las principales causas de ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) Maternas. Su detección mediante marcadores angiogénicos y ecografía Doppler en el primer trimestre reduce su incidencia drásticamente mediante intervenciones profilácticas dirigidas.
- Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU): La incapacidad del feto para alcanzar su potencial de crecimiento genético está asociada con muerte fetal intrauterina, asfixia perinatal y parálisis cerebral. El seguimiento hemodinámico fetal por flujometría Doppler avanzada determina el momento óptimo del parto, evitando la prematuridad extrema iatrogénica o la muerte in útero.
- Prematuro Extremo y Malformaciones Congénitas: Las anomalías congénitas representan la segunda causa de muerte neonatal en el Perú.<sup>3</sup>

Un diagnóstico ecográfico morfológico de alta resolución (entre las semanas 18 y 22) permite planificar el nacimiento en centros de nivel III con soporte quirúrgico neonatal inmediato o, en casos seleccionados, realizar cirugía fetal intrauterina para corregir defectos como la espina bífida (mielomeningocele), transfusión feto-fetal o hernias diafrágicas congénitas.

<sup>1</sup> Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú). Boletín Epidemiológico del Perú: Situación de la Vigilancia de la Mortalidad Materna. Ministerio de Salud, 2025. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe>

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). INEI, 2025. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe>

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Indicadores de Salud Perinatal y Neonatal en la Región de las Américas: Informe de Tendencias. OMS, 2024. Disponible en: <https://www.paho.org>

## II. FUNDAMENTOS MÉDICOS, SOCIODEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

A pesar de los relativos esfuerzos gubernamentales en el fortalecimiento de la atención primaria, el Perú adolece de brechas estructurales severas en la medicina de alta especialización perinatal, lo que se traduce en indicadores alarmantes de muertes evitables.

### 2.1 Brecha de Reconocimiento Oficial y Recursos Humanos

A la fecha de presentación de esta propuesta, la Medicina Materno Fetal no goza de un reconocimiento formal e independiente como subespecialidad dentro del SINAREME. Esto acarrea consecuencias estructurales gravísimas:

- Inexistencia de un proceso de formación pública financiada y estandarizada en los hospitales escuela del país.
- Pérdida de capital humano calificado: los gineco-obstetras peruanos que desean especializarse en medicina y cirugía fetal de alta precisión deben migrar al extranjero costeadando su instrucción con recursos propios, y al retornar encuentran trabas burocráticas para la certificación y el ejercicio pleno de sus competencias diagnósticas avanzadas.
- Deficiencia cuantitativa crítica: el número de profesionales con entrenamiento real en medicina fetal es ínfimo para una población nacional que supera los 34 millones de habitantes.

### 2.2 Centralismo Asistencial y Desigualdad Geográfica

La escasa oferta médica altamente especializada en diagnóstico y terapéutica fetal se concentra en Lima Metropolitana (principalmente en el Instituto Nacional Materno Perinatal y el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé). Esta centralización obliga a las familias de las diversas regiones del país a trasladarse de emergencia a la capital, generando un gasto catastrófico de bolsillo, o en el peor de los escenarios, condenando a la gestante y al feto a la muerte o a secuelas de discapacidad permanente por falta de atención oportuna en su región de origen.

### 2.3 Análisis Epidemiológico de las Cifras Nacionales

Los datos oficiales del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud del Perú revelan una cruda realidad que demanda una intervención inmediata a nivel legislativo:

#### a. Mortalidad Fetal y Neonatal por Edad Gestacional

De acuerdo con las estadísticas situacionales consolidadas entre los años 2023 y 2025, en el Perú ocurrieron cerca de 15,000 muertes fatales.

- **Muertes a término (37 semanas o más):** Representan un porcentaje inadmisiblemente de casos. Clínicamente, un feto que fallece a término es, en una alta proporción de eventos, víctima de una deficiencia en la vigilancia biofísica avanzada, de problemas placentarios no diagnosticados a tiempo o de preeclampsias severas no detectadas de manera oportuna, factores enteramente prevenibles mediante la intervención de un especialista en Medicina Materno Fetal.
- **Prematuridad Extrema:** Genera un promedio de 700 defunciones neonatales al año. La Medicina Materno Fetal es la disciplina competente para predecir el parto pretérmino (mediante la medición de la longitud cervical por ecografía) e instaurar tratamientos oportunos (como el uso de progesterona, cerclaje cervical o pesarios) que prolonguen la edad gestacional, salvando vidas y evitando hospitalizaciones costosas en UCIN.

### b. Muertes Neonatales Evitables

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú) del Ministerio de Salud reporta que durante el año 2024 se suscitaron alrededor de 2,412 muertes neonatales, determinándose que 463 de ellas eran formalmente evitables. En el año 2025 la cifra de muertes neonatales cerró en 2,426 casos, registrándose 401 decesos evitables.

Las causas principales de estas muertes prevenibles se estructuran históricamente de la siguiente manera, conforme a la data epidemiológica ministerial<sup>4</sup>:

Causa de Muerte Neonatal Evitable	Porcentaje Estimado del Total de Casos	Impacto Preventivo de la Medicina Materno Fetal
<b>Asfisia Perinatal y causas relacionadas</b>	Primera Causa Constante	Permite identificar mediante Doppler fetal la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y la insuficiencia placentaria, determinando el momento exacto e idóneo para culminar la gestación antes de que se produzca un daño neurológico irreversible o muerte intraútero.
<b>Infecciones Neonatales</b>	23% a 27%	Diagnóstico temprano de corioamnionitis subclínica, rotura prematura de membranas y manejo terapéutico antenatal con esquemas antibióticos óptimos.
<b>Otras Causas (Malformaciones y anomalías congénitas)</b>	Hasta más del 40% en algunos años	Detección precoz en el primer y segundo trimestre (ecografía genética y morfológica), posibilitando la realización de procedimientos quirúrgicos e intervenciones correctivas

<sup>4</sup> Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), Boletín Epidemiológico del Perú, Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/informes-y-publicaciones/boletin-epidemiologico/>

Causa de Muerte Neonatal Evitable	Porcentaje Estimado del Total de Casos	Impacto Preventivo de la Medicina Materno Fetal
		intraútero que cambian drásticamente el pronóstico de vida.

### C. Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Extrema

Los fallecimientos de gestantes siguen representando una grave crisis de salud pública, registrándose más de mil muertes maternas acumuladas en el periodo 2022-2025.

La data histórica (2012-2025) ratifica de manera concluyente que las dos causas primordiales de muerte materna en el Perú son<sup>5</sup>:

1. Hemorragia Obstétrica: Asociada muchas veces a trastornos de la placentación (como el espectro de placenta acreta). La evaluación por un médico materno fetal mediante ecografía especializada permite mapear el riesgo de acretismo placentario precozmente, programando una cirugía multidisciplinaria controlada que evita la muerte por shock hipovolémico.
2. Trastornos Hipertensivos del Embarazo (Preeclampsia / Eclampsia): Mediante el tamizaje Doppler de las arterias uterinas entre las semanas 11 y 14 de gestación, el especialista materno fetal predice el riesgo de preeclampsia precoz e indica el uso de ácido acetilsalicílico (aspirina) en dosis profilácticas, disminuyendo la incidencia de esta enfermedad letal hasta en un 80%.

Por otra parte, los eventos de Morbilidad Materna Extrema (MME) casos clínicos críticos donde la mujer estuvo al borde de la muerte pero sobrevivió a una complicación obstétrica severa — demuestran una tendencia marcadamente ascendente<sup>6</sup>:

- Año 2022: 1,695 casos
- Año 2023: 1,850 casos
- Año 2024: 2,157 casos
- Año 2025: 2,330 casos

Esta progresión geométrica de la morbilidad crítica evidencia que el sistema asistencial de base se encuentra desbordado ante las gestaciones de alto riesgo, requiriendo con carácter de urgencia la presencia de médicos subespecialistas que manejen la alta complejidad clínica materno-fetal en las fases iniciales del riesgo médico.

<sup>5</sup> Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), Boletín Epidemiológico del Perú, Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/informes-y-publicaciones/boletin-epidemiologico/>

<sup>6</sup> Protocolo de tamizaje basado en las guías de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) sobre preeclampsia. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12802>

### III. ANÁLISIS JURÍDICO Y SUSTENTACIÓN LEGAL DE LA PROPUESTA

La presente propuesta legislativa goza de una sólida e inobjetable validez constitucional, convencional y legal, encontrando perfecta armonía con los deberes primordiales del Estado peruano, la jurisprudencia del Tribunal Constitucional y los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por el Perú.

#### 3.1 Constitución Política del Perú de 1993

Nuestra Constitución Política del Perú instituye en su Artículo 1° que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado. Este postulado se concatena directamente con el derecho a la vida consagrado en el Artículo 2°, inciso 1, que taxativamente prescribe: "El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece".

La Medicina Materno Fetal dota de eficacia jurídica y médica real a este precepto constitucional, al tratar científicamente al feto (concebido) como un paciente clínico real y autónomo dentro del vientre materno, protegiendo su derecho fundamental a la vida y a la integridad de su salud antes del nacimiento.

Asimismo, la propuesta se fundamenta en los siguientes artículos de la Carta Magna:

- Artículo 7° (Derecho a la salud): Establece que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. El Estado tiene la obligación de proveer las subespecialidades médicas críticas que reduzcan las tasas de mortalidad general.
- Artículo 9° (Política Nacional de Salud): Dispone que el Estado determina la política nacional de salud, siendo el Poder Ejecutivo el encargado de normar y supervisar su aplicación de forma plural y descentralizadora, facilitando el acceso equitativo a todos. La carencia de subespecialistas acreditados en regiones vulnera la equidad en el acceso a la salud pública de calidad.

#### 3.2 Sustentación Convencional (Bloque de Constitucionalidad)

De conformidad con la Cuarta Disposición Final y Transitoria de la Constitución, los derechos fundamentales se interpretan de acuerdo con los tratados internacionales. Esta ley se alinea con:

- La Convención sobre los Derechos del Niño: Cuyo artículo 6° obliga a los Estados Partes a garantizar en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño. El Preámbulo de este tratado especifica que el niño necesita protección y cuidado especiales, *"incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento"*.
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW): Artículo 12°, que exige a los Estados garantizar servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al

parto, asegurando servicios gratuitos cuando fuere necesario, reduciendo a su vez la morbilidad y mortalidad materna.

### 3.3 Congruencia con la Ley General de Salud y el SINAREME

La propuesta se articula orgánicamente con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, cuyo Título Preliminar establece que el Estado es responsable de normar, regular y organizar la provisión de servicios de salud públicos y privados. Asimismo, se vincula directamente con la Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME), la cual norma la formación de especialistas y subespecialistas médicos en el país.

Actualmente, el residentado médico en el Perú cuenta con la especialidad de Ginecología y Obstetricia de 3 años de duración. Sin embargo, el avance científico internacional evidencia que el volumen de conocimientos, destrezas ecográficas avanzadas e intervencionismo invasivo de la Medicina Materno Fetal requiere una subespecialización formal (o segunda especialización) de 2 años adicionales, accesible únicamente para médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia. La falta de institucionalización unificada por parte del Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME) genera que los pocos programas existentes operen de forma heterogénea, sin un Plan Curricular Oficial unificado y con escasas vacantes financiadas por el sector público.<sup>7</sup>

## IV. ANÁLISIS DE DERECHO Y MEDICINA COMPARADA EN LATINOAMÉRICA

El análisis de las políticas de salud pública y los marcos normativos en la región demuestra que los países con mejores indicadores de salud materno-perinatal son aquellos que han institucionalizado, regulado y financiado la formación de subespecialistas en Medicina Materno Fetal (MMF) o Perinatología. La evidencia internacional revela que el ginecobstetra general posee competencias críticas para la atención del parto y el embarazo de bajo y mediano riesgo, pero carece del entrenamiento intensivo en flujometría Doppler avanzada, intervencionismo ecográfico guiado y terapia fetal invasiva que exigen las patologías de alta complejidad.

A continuación, se detalla la situación de tres países de la región cuyo modelo normativo y académico sirve de referencia para la presente propuesta legislativa.

### 4.1 El Modelo de Chile: Institucionalización y Reducción Drástica de la Mortalidad Materna

Chile ostenta una de las tasas de mortalidad materna (TMM) más bajas de América Latina (aproximadamente entre 15 y 22 muertes por cada 100,000 nacidos vivos)<sup>8</sup>. Este logro estructural no se debe únicamente a la cobertura del parto institucional, sino a la

<sup>7</sup> Diario Oficial El Peruano. Ley N° 30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME). Publicado el 16 de junio de 2016.

<sup>8</sup> Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Informe de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), 2024. Disponible en: <https://deis.minsal.cl>

creación temprana de las Unidades de Medicina Materno Fetal (UMMF) en la red pública de hospitales a través del Ministerio de Salud (MINSAL) y al reconocimiento de la subespecialidad por parte de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM).

- **Enfoque Normativo:** El MINSAL de Chile normó de forma obligatoria que todo hospital de alta complejidad debe contar con una UMMF equipada y con personal subespecializado dedicación exclusiva.
- **Impacto Clínico:** La implementación de tamizajes (screenings) universales de preeclampsia en el primer trimestre y la flujometría Doppler sistemática en fetos con Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) permitieron reducir la tasa de muerte fetal tardía no explicada en más del 35% en los centros hospitalarios intervenidos.<sup>9</sup>

#### 4.2 El Modelo de Colombia: Regulación Curricular y Descentralización Asistencial

Colombia formalizó la MMF como una subespecialidad médica de dos años posteriores a la especialidad de Ginecología y Obstetricia, regulada conjuntamente por el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social.

- **Enfoque Curricular:** Universidades como la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad del Rosario unificaron un plan de estudios estandarizado que exige competencias específicas en ecocardiografía fetal avanzada, neurosonografía y terapia fetal.
- **Impacto en Salud Pública:** Mediante la *Política de Atención Integral en Salud (PAIS)* y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), Colombia descentralizó estas competencias. La presencia de subespecialistas en ciudades intermedias (fuera de Bogotá) redujo de manera significativa las transferencias tardías de gestantes críticas, disminuyendo las muertes maternas por preeclampsia grave en un 22% en las regiones periféricas donde se instalaron estas unidades especializadas.<sup>10</sup>

#### 4.3. El Modelo de México: Liderazgo en Cirugía Fetal e Intervencionismo In Útero

México, a través del Consejo Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO) y de instituciones como el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), introdujo la subespecialidad de Medicina Materno Fetal con un fuerte componente de alta complejidad quirúrgica endoscópica (fetoscopia).

<sup>9</sup> Carvajal, J., et al. Evolución de la Medicina Materno Fetal en el sistema de salud chileno: Impacto en los resultados perinatales de las últimas dos décadas. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2024. Disponible en: <https://www.sochog.cl>

<sup>10</sup> Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Análisis de Situación de Salud (ASIS): Salud Materna y Perinatal. Minsalud, 2025. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>

- **Resolución Local:** El desarrollo de la Medicina Materno Fetal en México demostró que patologías altamente catastróficas y de alto costo para el Estado, como el Síndrome de Transfusión Feto-Fetal (STFF) en embarazos gemelares monocoriales, pasaron de tener una mortalidad del 90% a una tasa de supervivencia global superior al 75-80% tras la implementación de la fotocoagulación láser percutánea de comunicaciones vasculares placentarias.
- **Lección para el Perú:** El modelo mexicano demuestra que resolver estas patologías de forma intrauterina mitiga el gasto subsecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), donde un prematuro extremo genera estancias hospitalarias de meses, elevando los costos operativos de los fondos públicos de salud de manera insostenible.<sup>11</sup>

## V. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO DE LA PROPUESTA LEGISLATIVA

De conformidad con las exigencias del Reglamento del Congreso de la República, se demuestra rigurosamente que los beneficios económicos, sociales y humanos de la presente norma superan con creces cualquier inversión inicial de implementación.

La propuesta legal no genera un incremento imprevisto del gasto público, en tanto las acciones administrativas preparatorias (mesas técnicas, diseño curricular de CONAREME, procesos de acreditación universitaria) se solventan con los presupuestos operativos vigentes de cada institución.

La adquisición posterior de equipamiento ecográfico avanzado y las partidas presupuestales para las nuevas plazas de residentado se insertarán progresivamente dentro de los Planes de Inversión Pública (PIP) y los Presupuestos Multianuales de Salud, optimizando recursos ya existentes mediante la reorientación del gasto hacia áreas de alto impacto en la reducción de muertes.

### Beneficios Cuantificables (Retorno de Inversión en Salud)

La inversión en la formación de subespecialistas en Medicina Materno Fetal genera un ahorro masivo y sostenible para el erario público a mediano y largo plazo por los siguientes conceptos:

- Un recién nacido prematuro extremo o con asfixia perinatal severa demanda semanas o meses de internamiento en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, cuyo costo diario por cama es uno de los más elevados del sistema de salud. Al prevenir la prematuridad y optimizar el manejo prenatal de la restricción del crecimiento, se reduce drásticamente la tasa de ocupación y los costos de estas unidades críticas.
- Muchas de las afecciones fetales no detectadas o mal manejadas intraútero resultan en secuelas neurológicas permanentes (como parálisis cerebral infantil secundaria a asfixia severa) o discapacidades físicas crónicas. El cuidado,

<sup>11</sup> Instituto Nacional de Perinatología (INPer) de México. Guías Clínicas de Actuación en Medicina Materno Fetal y Cirugía Fetal. Secretaría de Salud, 2024. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/inper>

tratamiento, intervenciones quirúrgicas tardías y rehabilitación a lo largo de la vida de estos pacientes representan un costo económico astronómico para el Estado y las familias. El diagnóstico y la terapia fetal oportuna corrigen o mitigan estas patologías *in utero*, permitiendo el nacimiento de niños sanos y productivos.

- La muerte materna o neonatal sume a los hogares en crisis socioeconómicas profundas, destruyendo el tejido familiar y mermando la fuerza laboral activa del país. Evitar estas pérdidas humanas aporta un valor social incalculable que robustece el capital humano nacional.

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

La aprobación de esta propuesta legislativa no produce superposición ni contradicción jurídica alguna con el ordenamiento legal vigente. Por el contrario, genera un impacto sinérgico y complementario positivo, subsanando un vacío legal y técnico en el sector salud:

1. Modificación Tácita y Adecuación del Reglamento del SINAREME: Obliga al CONAREME a reestructurar e incorporar formalmente la Medicina Materno Fetal dentro de sus normas internas de clasificación de subespecialidades de segunda especialización médica.
2. Potenciación de la Ley General de Salud: Dota de un mecanismo operativo avanzado al Ministerio de Salud para dar cumplimiento a los lineamientos de reducción de la mortalidad materna y neonatal que han permanecido estancados por déficit de especialistas cualificados.
3. Fortalecimiento del Marco Normativo de Telesalud: La norma impulsa de manera directa la aplicación de la normativa de Telesalud (Ley N° 30421), dotándola de un contenido clínico de altísima demanda y complejidad, como lo es la teleecografía morfológica y diagnóstica a distancia.

## VII. VINCULACIÓN DE LA PROPUESTA CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL Y LA AGENDA LEGISLATIVA

El proyecto de ley se encuentra plenamente articulado con los grandes objetivos de desarrollo nacional a largo plazo y las prioridades de la agenda parlamentaria vigente:

### 7.1. Políticas de Estado del Acuerdo Nacional

- Política de Estado N° 10: Reducción de la pobreza. Protege a las familias vulnerables de caer en la pobreza extrema debido a gastos catastróficos de bolsillo derivados de complicaciones obstétricas no previstas o del cuidado crónico de un menor con discapacidad severa evitable.
- Política de Estado N° 11: Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación. Garantiza el derecho de las mujeres de sectores rurales y de menores recursos a recibir el mismo nivel de evaluación ecográfica y terapéutica

fetal que actualmente solo se encuentra disponible en clínicas privadas o en grandes hospitales de la capital.

- Política de Estado N° 13: Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social. Expande la cartera de servicios de alta complejidad médica especializada en beneficio de toda la población adscrita al SIS y a EsSalud.
- Política de Estado N° 16: Fortalecimiento de la Familia, Promoción y Protección de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud. Reconoce el valor intrínseco de la vida del feto concebido y resguarda la salud de la madre como eje fundamental del núcleo familiar.
- Política de Estado N° 20: Desarrollo de la ciencia y la tecnología. Impulsa la investigación científica, la innovación médica y la práctica de procedimientos quirúrgicos de frontera (cirugía fetal intrauterina) en los hospitales e institutos docentes del país.

## **7.2. Vinculación con la Agenda Legislativa del Congreso de la República**

La propuesta legislativa responde con absoluta precisión a los lineamientos aprobados en la Agenda Legislativa del Periodo Anual de Sesiones, específicamente dentro del Eje de Equidad y Justicia Social, el cual prioriza el acceso universal a la salud de calidad y la protección integral de las poblaciones vulnerables.

Al formalizar y descentralizar la subespecialidad de Medicina Materno Fetal, la norma materializa el compromiso del Parlamento de reducir las brechas de atención médica especializada en las regiones más necesitadas del país, garantizando que el derecho a la salud de alta complejidad no sea un privilegio centralizado en la capital.

Asimismo, la iniciativa se alinea de forma directa con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas incorporados en los planes nacionales, en particular con el ODS 3 destinado a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, mediante metas específicas como la reducción de la tasa mundial de mortalidad materna y la eliminación de las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.

Por lo tanto, el proyecto de ley no constituye una medida aislada, sino que representa un engranaje estratégico y coherente con las políticas públicas del Estado peruano orientadas a la justicia social, el fortalecimiento del capital humano desde la etapa intrauterina y la modernización equitativa de los servicios de salud a nivel nacional.