CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00643-2026-2031-CD
RU 47278-CD
22 OCTUBRE 2026 09:33 a. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: ASABARIAN

LEY DE MEJORAMIENTO INTEGRAL DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

El **Grupo Parlamentario Fuerza Popular**, a iniciativa del diputado Carlos Alberto Zegarra Sánchez, en ejercicio de la atribución que le confiere el artículo 107 de la Constitución Política del Perú y los artículos 98 y 107 del Reglamento de la Cámara de Diputados, presentan la siguiente proposición legislativa:

FÓRMULA LEGAL

LEY DE MEJORAMIENTO INTEGRAL DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Artículo 1. Objeto y finalidad de la ley

La presente ley establece criterios para integrar las medidas de mejora de la gestión de los servicios públicos de salud en los instrumentos institucionales existentes. Su finalidad es contribuir a la oportunidad, continuidad y calidad de la atención mediante el uso de los recursos disponibles, sin crear ni incrementar gasto público.

Artículo 2. Ámbito de aplicación

Las disposiciones de esta ley son aplicables a las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y a las entidades responsables de su administración. Comprenden al Ministerio de Salud, los gobiernos regionales, el Seguro Social de Salud y las sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, de acuerdo con sus respectivas competencias y regímenes.

Su aplicación no modifica las condiciones de aseguramiento, financiamiento ni acceso a las prestaciones establecidas para cada subsistema de salud.

La aplicación de la presente ley respeta la autonomía y los regímenes jurídicos, prestacionales, financieros y presupuestarios de las entidades comprendidas,

así como la intangibilidad de los recursos de la seguridad social, conforme a la Constitución y las Leyes.

Artículo 3. Criterios para su aplicación

Las medidas previstas en esta ley deben ejecutarse garantizando el respeto a la dignidad de los pacientes, la seguridad clínica, la atención de emergencias, la igualdad de trato, la atención preferente reconocida por la legislación vigente, la confidencialidad de la información y los derechos laborales.

En todos los casos, las necesidades clínicas del paciente tienen prioridad sobre los criterios administrativos utilizados para organizar la atención.

Ninguna disposición de esta ley podrá interpretarse como una autorización para disminuir la calidad de los servicios o limitar derechos previamente reconocidos.

Artículo 4. Incorporación de medidas de mejora en la gestión existente

4.1. Las entidades comprendidas podrán incorporar medidas de mejora compatibles con sus competencias, regímenes y capacidades disponibles en sus instrumentos y procedimientos ordinarios de gestión de la calidad y programación operativa.

4.2. La identificación de responsables y la evaluación de resultados se realizan conforme a dichos instrumentos, sin crear planes, registros, órganos o puestos adicionales ni generar gasto incremental.

4.3. Las necesidades que excedan la capacidad disponible se tramitan conforme a la normativa vigente y no constituyen obligación de gasto derivada de esta ley.

Artículo 5. Organización de citas y continuidad de la atención

5.1. Los establecimientos públicos de salud organizan la programación de citas tomando en cuenta la disponibilidad efectiva de sus servicios y los horarios aprobados del personal asistencial. Para ello, deben evitar la superposición de horarios y la asignación de citas correspondientes a servicios que no se encuentren disponibles.

5.2. A través de los canales de comunicación con los que ya cuentan, los establecimientos informan a los usuarios sobre los requisitos necesarios

para acceder a la atención y, cuando corresponda, sobre las suspensiones o reprogramaciones de sus citas.

Las citas que queden disponibles se asignan utilizando los mecanismos existentes, de acuerdo con la prioridad clínica y el orden de espera que resulte aplicable.

5.3. En los procedimientos de referencia y contrarreferencia se aprovechan la documentación clínica disponible y los canales de comunicación autorizados. Con ello se busca evitar trámites administrativos innecesarios y favorecer la continuidad del tratamiento.

La utilización de documentación clínica disponible y la decisión de realizar o repetir pruebas o exámenes se sujetan al criterio del profesional tratante y a las disposiciones sanitarias vigentes. La simplificación administrativa no limita la evaluación clínica ni compromete la seguridad del paciente.

5.4. La aplicación de estas medidas no obliga a ampliar los horarios de atención, establecer nuevos turnos, realizar horas extraordinarias ni fijar plazos uniformes que excedan la capacidad de los establecimientos.

En cualquier circunstancia, se mantienen plenamente vigentes las obligaciones legales relacionadas con la atención de emergencias.

Artículo 6. Aprovechamiento de la información sobre medicamentos y equipamiento

6.1. Las unidades competentes utilizan los registros de existencias, fechas de vencimiento y consumo de medicamentos que ya exige la normativa vigente, con el propósito de identificar oportunamente posibles situaciones de desabastecimiento, acumulación injustificada o pérdida de productos farmacéuticos.

Las acciones destinadas a atender estos riesgos deben desarrollarse mediante los procedimientos establecidos y con los recursos disponibles.

6.2. Los establecimientos de salud emplean sus inventarios y registros de mantenimiento para identificar los equipos que se encuentran

operativos y aquellos que no están disponibles. Esta información se utiliza para adecuar la programación de los servicios a las condiciones reales de funcionamiento.

6.3. La presente ley no autoriza adquisiciones, transferencias de bienes, reparaciones ni redistribuciones de medicamentos que contravengan las disposiciones sanitarias, patrimoniales, presupuestarias o de abastecimiento vigentes.

Tampoco establece la obligación de efectuar gastos adicionales para desarrollar dichas actividades.

Artículo 7. Orientación al usuario y seguridad del paciente

7.1. Los establecimientos públicos de salud proporcionan información clara y accesible sobre los servicios que ofrecen, sus horarios, los canales de atención disponibles y los procedimientos para presentar reclamos, utilizando los medios con los que ya cuentan.

Asimismo, mantienen las modalidades presenciales existentes para garantizar la atención de las personas que no puedan acceder a los canales digitales.

7.2. Los órganos responsables de la gestión de la calidad y de la atención al usuario consideran, dentro de sus evaluaciones habituales, los problemas recurrentes identificados a través de los reclamos y los registros relacionados con la seguridad del paciente.

A partir de esta información, proponen las medidas correctivas que puedan ejecutarse conforme a lo establecido en el artículo 4 de la presente ley.

7.3. El tratamiento de la información clínica y la difusión de resultados deben cumplir las disposiciones vigentes sobre protección de datos personales. En ningún caso se publicará información que permita identificar a los pacientes.

Artículo 8. Seguimiento mediante registros existentes

8.1. El seguimiento de las medidas de mejora se realiza mediante indicadores que puedan obtenerse de los registros ya disponibles en cada establecimiento.

De acuerdo con las características del servicio y la información efectivamente registrada, estos indicadores pueden comprender el número de citas programadas y atendidas, las suspensiones atribuibles al establecimiento, las referencias pendientes y las medidas correctivas ejecutadas.

8.2. Los resultados se incorporan en los informes ordinarios cuando ello corresponda conforme a los instrumentos de gestión existentes. La difusión agregada se realiza a través de los canales disponibles, conforme a la normativa de transparencia y protección de datos personales, sin crear obligaciones adicionales de reporte ni exigir información no registrada.

La información publicada debe precisar el periodo evaluado, su cobertura y las limitaciones que puedan afectar su interpretación.

8.3. La aplicación de esta ley no exige desarrollar nuevas plataformas informáticas, implementar registros paralelos ni recopilar información adicional cuando ello demande mayores recursos.

La ausencia de información no podrá interpretarse como evidencia de que no existen problemas ni como demostración del cumplimiento de las metas institucionales.

Artículo 9. Responsables y supervisión

9.1. La ejecución de las disposiciones de esta ley corresponde a los órganos y funcionarios que, conforme a sus competencias actuales, tienen a su cargo la dirección, la gestión de la calidad, la atención al usuario, el abastecimiento y la administración de los establecimientos públicos de salud.

Para su implementación no se requiere constituir nuevas comisiones ni crear cargos adicionales.

9.2. La Superintendencia Nacional de Salud y los demás órganos competentes desarrollan sus funciones de supervisión de acuerdo con las atribuciones que les reconoce el ordenamiento jurídico y dentro de su programación ordinaria.

La presente ley no establece nuevas infracciones ni sanciones administrativas. Las responsabilidades que pudieran corresponder se determinan exclusivamente conforme a la normativa vigente y con pleno respeto del debido procedimiento.

Artículo 10. Restricciones presupuestarias

10.1. La implementación de esta ley se financia exclusivamente con los recursos humanos, materiales, tecnológicos y presupuestarios que las entidades ya tienen disponibles y destinados al cumplimiento de las funciones comprendidas en ella.

Su aplicación no podrá generar demandas de recursos adicionales al Tesoro Público ni incrementos en los presupuestos institucionales.

10.2. Esta ley no crea ni autoriza nuevos programas presupuestales, fondos, unidades ejecutoras, puestos de trabajo, contrataciones adicionales, beneficios económicos, prestaciones financiadas por el Estado, inversiones o ampliaciones de la jornada laboral.

Asimismo, no contempla exoneraciones tributarias ni establece nuevas obligaciones de pago.

10.3. Antes de incorporar una medida de mejora, cada entidad debe verificar, mediante sus unidades competentes y procedimientos ordinarios, que su ejecución sea posible sin generar costos incrementales ni afectar la prestación de los servicios obligatorios.

Las acciones que requieran recursos adicionales quedan excluidas del mandato de esta ley y deben evaluarse mediante los procedimientos legalmente

establecidos, sin que ello genere compromisos presupuestarios derivados de la presente norma.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera. Aplicación mediante instrumentos existentes

El Ministerio de Salud, en ejercicio de su función rectora y dentro de sus competencias, orienta la aplicación de los criterios establecidos en esta ley mediante los instrumentos técnicos existentes.

Las entidades comprendidas determinan las medidas operativas que correspondan de acuerdo con sus competencias, regímenes, capacidad disponible y procedimientos ordinarios. La aplicación no exige aprobar un nuevo reglamento ni generar gasto adicional.

Segunda. Adecuación operativa

Las entidades comprendidas incorporan las medidas establecidas en esta ley durante el siguiente ciclo ordinario de revisión de sus instrumentos de gestión y programación operativa.

Dicha incorporación debe efectuarse sin incrementar el gasto aprobado ni modificar, por esta causa, las estructuras orgánicas existentes.

Tercera. Vigencia

La presente ley entra en vigor al día siguiente de su publicación en el diario oficial El Peruano.

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: MEZA RIVERA Flor De Jesus FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/10/2026 19:55:41-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ZEGARRA SANCHEZ Carlos Alberto FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20/10/2026 15:28:54-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CHACON DE VETTORI Cecilia Isabel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/10/2026 16:36:33-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: NAVAS SANCHEZ Jessica Lizbeth FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/10/2026 17:23:21-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CASTRO GRANDEZ Royser FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/10/2026 17:57:34-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: BARBARAN REYES Rosangella Andrea FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/10/2026 18:19:24-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: TRUJILLO ZEGARRA Gilmer FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/10/2026 19:33:42-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. Fundamento de la propuesta

La protección del derecho a la salud no depende únicamente de la disponibilidad de servicios médicos, sino también de que estos se encuentren organizados de manera que los pacientes puedan acceder a ellos oportunamente, recibir información adecuada y mantener la continuidad de sus tratamientos.

En ese sentido, los artículos 7 y 9 de la Constitución Política del Perú reconocen el derecho a la protección de la salud y establecen la responsabilidad del Estado en la conducción de la política nacional de salud. Asimismo, el artículo 11 reconoce el acceso a las prestaciones de salud, mientras que los artículos 79 y 107 regulan, respectivamente, las restricciones de los congresistas en materia de gasto público y el ejercicio de la iniciativa legislativa.[1]

El presente proyecto busca fortalecer la gestión de los establecimientos públicos de salud mediante una mejor articulación de sus procesos administrativos y asistenciales. Para ello, propone aprovechar los recursos disponibles, mejorar la programación de citas, facilitar la continuidad de la atención y utilizar la información institucional para identificar problemas y verificar las medidas adoptadas.

El carácter integral de la propuesta radica en la articulación de estos procesos. No pretende resolver todas las deficiencias del sistema sanitario ni sustituir las decisiones de inversión y financiamiento que resulten necesarias.

1.1. Justificación de la intervención

El estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) sobre el sistema de salud peruano, publicado en 2025, identifica

[1]Congreso de la República. (2026). Constitución Política del Perú, edición oficial de mayo de 2026, arts. 7, 9, 11, 79 y 107; véanse las anotaciones de reforma constitucional de la Ley N.° 31988. https://www3.congreso.gob.pe/Docs/constitucion/constitucion/Constitucion-web_2026.pdf

dificultades relacionadas con el seguimiento de las actividades de calidad, las diferencias entre los subsistemas de salud y la fragmentación de la información.[2]

Estos hallazgos ponen de manifiesto la importancia de fortalecer los mecanismos de evaluación y mejorar la coordinación de los procesos institucionales. Sin embargo, no permiten afirmar que todos los establecimientos presenten las mismas dificultades ni atribuir a 2026 resultados que todavía no han sido medidos.

El sector salud ya dispone de un Sistema de Gestión de la Calidad. Por esta razón, el proyecto propone aprovechar los instrumentos y las estructuras existentes, en lugar de crear mecanismos administrativos adicionales.[3]

Su aporte consiste en establecer disposiciones comunes que permitan identificar deficiencias organizativas, adoptar medidas correctivas y comprobar sus resultados, siempre que puedan ejecutarse con la capacidad institucional disponible.

La presente iniciativa no crea un nuevo sistema de gestión ni sustituye las competencias administrativas vigentes. Su aporte normativo específico consiste en establecer criterios comunes de articulación de medidas de mejora dentro de los instrumentos ya existentes, sin nuevos deberes de reporte, metas uniformes o compromisos de gasto. Su aplicación está condicionada a la capacidad operativa de cada entidad.

Por ejemplo, cuando se programa una cita sin verificar la disponibilidad del servicio, el paciente puede verse obligado a realizar nuevamente sus trámites. De igual manera, una referencia médica sin seguimiento puede afectar la continuidad del tratamiento.

También pueden presentarse dificultades cuando los registros de medicamentos y equipamiento no se aprovechan para anticipar problemas operativos.

[2] Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2025). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Perú 2025. OECD Publishing. Capítulos 1 (evaluación y recomendaciones), 2 (infraestructura de datos sanitarios) y 3 (calidad de la atención). https://doi.org/10.1787/262a739e-es

[3] Ministerio de Salud. (2006). Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Documento técnico aprobado por Resolución Ministerial N.° 519-2006/MINSA. https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/251477-519-2006-minsa

Estas situaciones representan riesgos que la iniciativa busca reducir. Su frecuencia, magnitud y costos deberán determinarse en cada entidad a partir de sus propios registros, sin presumir que tienen el mismo alcance en todo el país.

1.2. Contenido de la iniciativa

La propuesta está conformada por diez artículos y tres disposiciones complementarias finales.

Los tres primeros artículos establecen la finalidad de la ley, su ámbito de aplicación y los principios que deben respetarse durante su implementación.

Los artículos 4° al 8° regulan la incorporación de medidas de mejora en los instrumentos institucionales existentes, la organización de citas, la continuidad asistencial, el aprovechamiento de la información disponible y el seguimiento de los resultados.

Por su parte, los artículos 9° y 10° mantienen las competencias de los órganos responsables y establecen restricciones expresas para evitar que la aplicación de la ley genere nuevas obligaciones de gasto público.

La iniciativa no contempla la creación de prestaciones gratuitas universales, la entrega obligatoria de nuevos medicamentos, la ampliación de coberturas ni la imposición de metas asistenciales uniformes.

Estas decisiones requieren evaluaciones específicas de financiamiento y deben respetar las características de cada régimen de aseguramiento. Asimismo, las mejoras administrativas previstas no deberán trasladar nuevas cargas económicas a los pacientes.

II. Identificación del problema público

El problema que aborda la iniciativa es la dificultad para convertir la información disponible y los instrumentos de gestión de la calidad en decisiones concretas que permitan corregir deficiencias organizativas y verificar los resultados obtenidos.

Su alcance se concentra en la gestión de los servicios públicos de salud, considerando los recursos humanos, materiales y tecnológicos con los que actualmente cuentan las instituciones.

La población potencialmente afectada está conformada por los usuarios de estos servicios, especialmente aquellos que necesitan atención frecuente, seguimiento médico continuo o desplazarse desde lugares alejados.

Cuando la programación de citas, la disponibilidad de recursos y la información asistencial no se revisan de manera articulada, pueden producirse suspensiones evitables, trámites repetidos y dificultades para mantener la continuidad de los tratamientos.

Estas situaciones representan una carga tanto para los pacientes como para el personal de salud, debido al tiempo y esfuerzo que requieren.

Frente a ello, la propuesta plantea integrar la revisión de estos problemas en los procedimientos habituales de gestión, identificar a los responsables de adoptar medidas correctivas y utilizar los registros existentes para comprobar sus resultados.

Es importante distinguir estas deficiencias organizativas de los problemas relacionados con la insuficiencia de profesionales, medicamentos, infraestructura o equipamiento.

Una mejor gestión puede contribuir al aprovechamiento de los recursos disponibles, pero no reemplaza el financiamiento necesario para atender las brechas materiales del sistema sanitario.

Por tanto, la identificación de necesidades que excedan la capacidad institucional no generará, por efecto de esta ley, obligaciones de ejecución ni derechos a nuevas asignaciones presupuestarias.

III. Marco normativo y antecedentes

La propuesta se desarrolla dentro del marco jurídico vigente en materia de salud pública y protección de los derechos de los pacientes.

La Ley N.° 26842, Ley General de Salud, constituye la base normativa general del sector. A su vez, la Ley N.° 29414 incorpora disposiciones relacionadas con los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.[4]

La presente ley complementa la aplicación operativa de estas normas y reconoce que cualquier medida de simplificación administrativa debe respetar los derechos de los pacientes.

Asimismo, el Decreto Supremo N.° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N.° 29414, establece disposiciones vinculadas con la información, el consentimiento, la atención y la protección de los usuarios.[5]

La iniciativa no modifica estas disposiciones ni altera los procedimientos de reclamo actualmente vigentes.

En cuanto a la supervisión, se considera el Decreto Legislativo N.° 1158, relacionado con las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). El proyecto mantiene las atribuciones de esta institución y no incorpora nuevas facultades sancionadoras.[6]

También se toman como antecedentes la Resolución Ministerial N.° 519-2006/MINSA, que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, y la Resolución Ministerial N.° 727-2009/MINSA, mediante la cual se aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.[7]

La existencia de estos instrumentos permite sustentar una propuesta orientada a fortalecer la gestión institucional sin establecer estructuras o sistemas paralelos.

[4] Perú. Ley N.° 26842, Ley General de Salud (1997), título preliminar y art. 15; Ley N.° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud (2009), arts. 1 y 2. Texto de la Ley General de Salud que incorpora las modificaciones de la Ley N.° 29414: https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OGTI/SINADEF/Ley-26842.pdf
[5] Ministerio de Salud. (2015). Decreto Supremo N.° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N.° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
[6] Perú. (2013). Decreto Legislativo N.° 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
[7] Ministerio de Salud. (2006). Resolución Ministerial N.° 519-2006/MINSA, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/251477-519-2006-minsa; Ministerio de Salud. (2009). Resolución Ministerial N.° 727-2009/MINSA, Política Nacional de Calidad en Salud. https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/246122-727-2009-minsa

Los antecedentes mencionados corresponden a normas y documentos oficiales identificados. No se atribuye a iniciativas legislativas anteriores ningún contenido o estado de tramitación que no haya sido comprobado.

IV. Necesidad y proporcionalidad de la medida

La regulación administrativa vigente ofrece mecanismos para desarrollar acciones de mejora en los establecimientos de salud. Sin embargo, el presente proyecto plantea incorporar un marco legal complementario que establezca criterios comunes para relacionar la información disponible con la toma de decisiones operativas, manteniendo restricciones expresas frente al gasto adicional.

La iniciativa busca evitar la duplicación de funciones y procedimientos. Por ello, dispone que las medidas de mejora se incorporen en los instrumentos de gestión existentes, que el seguimiento se realice mediante los informes ordinarios y que su aplicación no dependa de la aprobación de un nuevo reglamento.

De esta manera, se pretende fortalecer la organización institucional sin generar cargas administrativas que puedan perjudicar las actividades asistenciales.

El alcance de la intervención es limitado y se concentra en aspectos concretos de gestión. No establece una reforma estructural del sistema sanitario, no unifica sus subsistemas ni impone nuevas inversiones.

Asimismo, respeta la autonomía de gestión de las entidades comprendidas y reconoce que las decisiones clínicas deben prevalecer sobre los criterios administrativos.

La disponibilidad de recursos tampoco podrá utilizarse como justificación para incumplir las obligaciones sanitarias vigentes, particularmente aquellas relacionadas con la atención de emergencias.[8]

[8] Perú. Ley N.° 26842, Ley General de Salud, arts. 3 y 39 y sus modificatorias; art. 15.1.a, modificado por la Ley N.° 29414, sobre atención de emergencia. https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OGTI/SINADEF/Ley-26842.pdf

III. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

3.1. Efectos presupuestarios y costos de aplicación

El proyecto ha sido formulado para ejecutarse sin generar nuevas obligaciones de gasto público ni requerir incrementos en los presupuestos institucionales.

Su implementación se basa en el aprovechamiento del personal, los canales de atención, los inventarios, los registros y los instrumentos de evaluación con los que actualmente cuentan las entidades públicas de salud.

El artículo 10 establece que únicamente podrán incorporarse medidas cuya ejecución sea posible con los recursos disponibles. Antes de adoptarlas, cada entidad deberá verificar que no generen costos adicionales ni afecten la prestación de los servicios obligatorios.

No obstante, debe reconocerse que las actividades administrativas requieren tiempo de trabajo y pueden representar un costo de oportunidad. Una revisión mal organizada podría, por ejemplo, restar tiempo a las labores asistenciales.

Por ello, la propuesta exige integrar las medidas en los procedimientos habituales y evita la creación de informes o registros paralelos.

La restricción presupuestaria se sustenta en el artículo 79 de la Constitución Política del Perú y en los principios que regulan el Sistema Nacional de Presupuesto Público.[9]

La simple declaración de que una medida se financiará con recursos existentes no garantiza que su ejecución carezca de costos adicionales. En consecuencia, el proyecto excluye las acciones que requieran nuevas contrataciones, adquisiciones u otras obligaciones económicas que superen la capacidad institucional disponible.

[9]Congreso de la República. (2026). Constitución Política del Perú, art. 79. https://www3.congreso.gob.pe/Docs/constitucion/constitucion/Constitucion-web_2026.pdf; Perú. (2018). Decreto Legislativo N.° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, art. 2 (principios). https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/201360-1440

3.2. Beneficios esperados y límites de estimación

La iniciativa busca generar mejoras tanto para los usuarios como para las entidades responsables de prestar los servicios públicos de salud.

En el caso de los pacientes, se espera facilitar el acceso a información que refleje la disponibilidad real de los servicios, reducir trámites administrativos repetitivos y favorecer la continuidad de la atención médica.

Para los establecimientos, el uso de los registros existentes puede contribuir a identificar las causas de las suspensiones, organizar mejor sus actividades y dar seguimiento a las medidas correctivas.

Asimismo, la incorporación de los resultados en los informes ordinarios puede facilitar las labores de supervisión y permitir la identificación de problemas persistentes.

Estos beneficios constituyen resultados esperados a partir del diseño de la propuesta y no deben interpretarse como efectos que ya hayan sido comprobados.

En ausencia de una línea de base que permita medir los resultados atribuibles a la iniciativa, no corresponde establecer estimaciones de ahorro fiscal, reducción de tiempos de espera o incremento de la productividad.

Tampoco puede presumirse que las mejoras administrativas generarán recursos presupuestarios adicionales para destinarlos a otras actividades.

3.3. Balance y riesgos de implementación

La aplicación de la iniciativa puede generar beneficios organizativos siempre que las entidades logren incorporar las medidas propuestas dentro de sus funciones habituales, sin ocasionar gastos adicionales ni perjudicar la atención de los pacientes.

Cuando una acción requiera contratar personal, adquirir equipos, desarrollar aplicaciones informáticas o efectuar desembolsos no previstos, deberá quedar fuera de las obligaciones establecidas por esta ley.

En tales situaciones, la entidad podrá recurrir a una alternativa que ya tenga disponible o tramitar la necesidad mediante los procedimientos correspondientes, sin que el proyecto genere una obligación de financiamiento.

Entre los principales riesgos de implementación se encuentran la duplicación de informes, la utilización de información incompleta para acreditar resultados y el establecimiento de metas incompatibles con la capacidad real de los establecimientos.

Para reducir estos riesgos, la propuesta dispone que el seguimiento se integre en los mecanismos de evaluación existentes, que se expliquen las limitaciones de los datos utilizados y que no se impongan plazos uniformes de atención que excedan los recursos disponibles.

IV. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

El proyecto incorpora una ley complementaria orientada al mejoramiento de la gestión de los servicios públicos de salud.

Su aprobación no implica la modificación expresa de artículos de la Ley General de Salud ni la derogación de disposiciones específicas del ordenamiento jurídico vigente.

Su aplicación deberá guardar concordancia con las normas relacionadas con los derechos de los usuarios, la prestación de servicios sanitarios, el presupuesto público, el abastecimiento y la gestión del personal.

En el ámbito institucional, se mantienen las competencias de las entidades comprendidas y de la Superintendencia Nacional de Salud.

En materia asistencial, permanecen vigentes las disposiciones sobre aseguramiento, cobertura, indicaciones clínicas y atención de emergencias.

En el ámbito administrativo, se incorporan obligaciones de organización y seguimiento que deberán cumplirse mediante los órganos y procedimientos existentes.

La norma tampoco establece autorizaciones especiales para contratar personal, transferir recursos o modificar las jornadas laborales.

Las necesidades que superen la capacidad institucional deberán continuar tramitándose mediante los mecanismos ordinarios. De esta manera, se evita que una ley destinada a mejorar la gestión se convierta en una fuente de obligaciones adicionales sin financiamiento.

V. RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL

La iniciativa guarda relación con la Política de Estado 13 del Acuerdo Nacional, denominada Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social.

Esta política contempla objetivos relacionados con el acceso, la continuidad y la calidad de los servicios de salud, prestando especial atención a las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

El proyecto contribuye a dichos objetivos mediante una mejor organización de los servicios existentes y el aprovechamiento de la capacidad institucional disponible.

Sin embargo, debe precisarse que la Política de Estado 13 también contempla el incremento progresivo del financiamiento sanitario, aspecto que requiere decisiones presupuestarias específicas y que no forma parte de las obligaciones establecidas por esta iniciativa.[10]

Asimismo, la propuesta se vincula con la Política de Estado 24, Afirmación de un Estado eficiente y transparente, que promueve una gestión pública orientada a las necesidades de las personas y a la evaluación de los servicios.

La incorporación de medidas correctivas, el seguimiento de sus resultados y la difusión de información agregada responden a estos objetivos, sin sustituir los mecanismos generales de transparencia establecidos en la legislación vigente.[11]

[10] Acuerdo Nacional. (2002). Política de Estado 13, Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social; en particular, literales f, l y m, sobre ampliación de servicios, incremento progresivo del presupuesto y calidad de la atención. https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado/politicas-de-estado-castellano/ii-equidad-y-justicia-social/13-acceso-universal-a-los-servicios-de-salud-y-a-la-seguridad-social/

[11] Acuerdo Nacional. (2002). Política de Estado 24, Afirmación de un Estado eficiente y transparente; literales a, b, c y d, sobre calidad de los servicios, mejora del gasto, acceso a información y rendición de cuentas.

VI. APLICACIÓN TERRITORIAL Y EVALUACIÓN

La presente ley tiene alcance nacional y comprende establecimientos públicos de salud con diferentes niveles de atención, características territoriales y capacidades operativas.

Por esta razón, la evaluación de sus resultados deberá considerar las particularidades de cada establecimiento, los servicios que presta y la información que efectivamente registra.

No corresponde comparar automáticamente los resultados de un puesto de salud rural con los de un hospital especializado, debido a las diferencias existentes en sus funciones, recursos y población atendida.

Estas condiciones deberán tomarse en cuenta al interpretar los resultados y determinar el alcance de las medidas de mejora.

En regiones como Ica, la aplicación de la propuesta permitiría revisar la correspondencia entre las citas programadas y la disponibilidad efectiva de los servicios, mejorar el seguimiento de las referencias médicas y aprovechar la información de los inventarios existentes.

Esta posibilidad no constituye una afirmación sobre la existencia de deficiencias específicas en los establecimientos de dicha región. Cualquier diagnóstico territorial adicional deberá sustentarse en información oficial verificable.

La evaluación inicial se realizará utilizando los registros ordinarios disponibles, precisando el periodo al que corresponden y el alcance de la información recopilada.

En los siguientes ciclos de evaluación se analizará la evolución de las suspensiones administrativas, la ejecución de las medidas correctivas y los resultados obtenidos.

https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado/politicas-de-estado-castellano/iv-estado-eficiente-transparente-y-descentralizado/24-afirmacion-de-un-estado-eficiente-y-transparente/

También deberá verificarse que las actividades de seguimiento no generen cargas administrativas que reduzcan el tiempo destinado a la atención de los pacientes.

Finalmente, los resultados permitirán distinguir las mejoras atribuibles a una mejor organización institucional de aquellas que dependan de mayores recursos económicos, personal, infraestructura o equipamiento.

VII. CONCLUSIÓN TÉCNICA

El presente proyecto de ley propone fortalecer la gestión de los servicios públicos de salud mediante medidas concretas que puedan ejecutarse con los recursos y capacidades actualmente disponibles.

Su contenido no establece obligaciones destinadas a crear o incrementar el gasto público. Por el contrario, incorpora restricciones expresas para garantizar que las acciones de mejora se desarrollen dentro de las posibilidades operativas y presupuestarias de cada entidad.

Durante el trámite legislativo, la evaluación técnica de las entidades involucradas permitirá comprobar esta condición y, de ser necesario, ajustar las disposiciones que excedan sus funciones ordinarias.

La contribución principal de la propuesta consiste en mejorar la organización de los servicios, reducir las deficiencias administrativas que puedan evitarse y establecer mecanismos que permitan comprobar los resultados de las acciones correctivas.

Estas necesidades deberán continuar atendiéndose mediante los instrumentos de política pública y los procedimientos presupuestarios correspondientes.