CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00651-2026-2031-CD
RU 48361-CD
22 OCTUBRE 2026 05:02 p. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: EBOHORQUEZ

PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA LA LEY 26842, LEY GENERAL DE SALUD, EL DECRETO LEGISLATIVO 1163, DECRETO LEGISLATIVO QUE APRUEBA DISPOSICIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL DECRETO LEGISLATIVO 1302, DECRETO LEGISLATIVO QUE OPTIMIZA EL INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO, PARA GARANTIZAR LA REFERENCIA DIRECTA POR ACCESIBILIDAD SANITARIA

El diputado **HÉCTOR GUILLEN VALENCIA**, integrante del **Grupo Parlamentario Juntos por el Perú**, 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, presenta la siguiente proposición legislativa:

FÓRMULA LEGAL

LEY QUE MODIFICA LA LEY 26842, LEY GENERAL DE SALUD, EL DECRETO LEGISLATIVO 1163, DECRETO LEGISLATIVO QUE APRUEBA DISPOSICIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL DECRETO LEGISLATIVO 1302, DECRETO LEGISLATIVO QUE OPTIMIZA EL INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO, PARA GARANTIZAR LA REFERENCIA DIRECTA POR ACCESIBILIDAD SANITARIA

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto garantizar la referencia directa y oportuna de pacientes entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, incorporando una modalidad de intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria que prescinda de la suscripción previa de convenios, contratos o autorizaciones administrativas y financieras como condición para brindar la prestación requerida.

Artículo 2. Finalidad de la Ley

La finalidad de la presente ley es proteger la vida, la integridad y la salud de las personas usuarias de los servicios de salud públicos, garantizando que la ausencia de convenio interinstitucional, autorización administrativa o acuerdo tarifario previo no constituya una barrera para su referencia y continuidad de atención, en resguardo del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 7 de la Constitución

Política del Perú y del derecho de acceso a los servicios de salud previsto en el artículo 15 de la Ley 26842, Ley General de Salud.

Artículo 3. Incorporación del literal f) al numeral 15.1 del artículo 15 de la Ley 26842, Ley General de Salud

Se incorpora el literal f) al numeral 15.1 del artículo 15 de la Ley 26842, Ley General de Salud, en los siguientes términos:

> ***«Artículo 15.- Toda persona tiene derecho a lo siguiente:***
>
> ***15.1 Acceso a los servicios de salud***
>
> *[...]*
>
> ***f) A que, cuando requiera referencia o continuidad de atención, el establecimiento de destino sea determinado en función de la necesidad clínica, la capacidad resolutiva y disponibilidad efectiva, el tiempo efectivo de acceso y la seguridad del traslado. Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud pública ubicada fuera de la red, institución, provincia o región de procedencia permita brindar la prestación requerida en menor tiempo efectivo o con menor riesgo clínico, procede la referencia directa hacia esta, conforme a la normativa aplicable.»***

Artículo 4. Incorporación de un párrafo final al artículo 4 del Decreto Legislativo 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud

Se incorpora un párrafo final al artículo 4 del Decreto Legislativo 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, en los siguientes términos:

> ***«Artículo 4. De los convenios y contratos***
>
> ***[...]***
> ***Se exceptúan del requisito de suscripción previa de convenio o contrato las transferencias de fondos o pagos correspondientes a prestaciones brindadas a asegurados del Seguro Integral de Salud mediante el intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria regulado en los artículos 4-A y 4-B del Decreto Legislativo 1302. El reconocimiento, liquidación y pago de dichas prestaciones se efectúan con cargo a la cobertura correspondiente y con sujeción a la normativa presupuestaria vigente.»***

Artículo 5. Incorporación del artículo 4-A al Decreto Legislativo 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público

Se incorpora el artículo 4-A al Decreto Legislativo 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público, en los siguientes términos:

«Artículo 4-A. Intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria

4-A.1. El intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria procede cuando una persona requiera referencia o continuidad de atención y una IPRESS pública distinta de su red, institución, provincia o región de procedencia cuente con la capacidad resolutiva y disponibilidad necesarias y permita acceder a la prestación requerida en menor tiempo efectivo o con menor riesgo clínico que las alternativas disponibles dentro de la red propia o preferente.

4-A.2. La procedencia y el destino de la referencia se determinan considerando la condición clínica del paciente, la capacidad resolutiva y disponibilidad de la IPRESS receptora, el tiempo efectivo de traslado, las condiciones de acceso y los riesgos asociados al desplazamiento.

4-A.3. El profesional de salud responsable determina la necesidad de referencia. La IPRESS de origen coordina directamente con la IPRESS receptora y la confirmación de su capacidad resolutiva y disponibilidad habilita la referencia. La coordinación puede realizarse mediante cualquier medio institucional idóneo, dejando constancia conforme a la normativa sanitaria.

4-A.4. Para efectuar la referencia y dar inicio a la prestación no se requiere convenio, contrato, adenda, autorización territorial, autorización administrativa individual de la IAFAS, acuerdo tarifario, certificación presupuestal previa, código de autorización o validación electrónica. Las actuaciones administrativas y financieras que correspondan se realizan con posterioridad sin afectar la continuidad de la atención.

4-A.5. El intercambio de información clínica necesaria para la referencia se limita a los datos indispensables para la atención. Se realiza entre los profesionales y las IPRESS intervinientes con sujeción a la Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su reglamento; a la Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas. El tratamiento de estos datos no requiere el consentimiento previo del titular cuando concurra alguno de los supuestos del artículo 14 de la Ley 29733 relativo a datos de salud en circunstancias de riesgo. Los registros de contingencia se incorporan a la historia clínica del paciente y quedan sujetos a las mismas medidas de seguridad y deber de confidencialidad.»

<u>Artículo 6</u>. Incorporación del artículo 4-B al Decreto Legislativo 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público

Se incorpora el artículo 4-B al Decreto Legislativo 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público, en los siguientes términos:

«Artículo 4-B. Recepción de la referencia automática

4-B.1. La IPRESS receptora solo puede rechazar la referencia por una causa asistencial objetiva y verificable que impida brindar la prestación requerida en condiciones adecuadas de seguridad, incluida la inexistencia de la prestación, la falta efectiva de capacidad disponible o la contraindicación clínica del traslado. La causa se registra y comunica inmediatamente a la IPRESS de origen.

4-B.2. No constituyen causas válidas de rechazo la procedencia territorial del paciente, su adscripción a otra red o institución, la inexistencia de convenio, contrato o adenda, la falta de autorización administrativa o financiera previa, la inexistencia de acuerdo tarifario, la falta de certificación presupuestal previa ni la indisponibilidad temporal de los sistemas informáticos.

4-B.3. Cuando la IPRESS consultada no cuente con capacidad para recibir al paciente o no confirme oportunamente su disponibilidad, la IPRESS de origen coordina de inmediato con otra IPRESS pública que cuente con la capacidad resolutiva requerida, sin reiniciar las actuaciones clínicas o administrativas ya efectuadas.

4-B.4. Las controversias sobre competencia institucional, cobertura, valorización, auditoría, financiamiento o pago se resuelven entre las entidades involucradas y no pueden trasladarse al paciente ni interrumpir una prestación ya iniciada.»

<u>Artículo 7</u>. Incorporación del artículo 4-C al Decreto Legislativo 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público

Se incorpora el artículo 4-C al Decreto Legislativo 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público, en los siguientes términos:

«Artículo 4-C. Reglas según el régimen de la IPRESS receptora

4-C.1. Cuando la IPRESS receptora pertenezca al Seguro Social de Salud (EsSalud) y el paciente sea asegurado de otra IAFAS pública, esta reembolsa a EsSalud el valor de la prestación conforme al artículo

6. El reembolso se efectúa en un plazo máximo de sesenta días calendario desde la acreditación de la prestación. Las prestaciones así brindadas no se imputan a los fondos de la seguridad social, en resguardo de su intangibilidad.

4-C.2. Cuando la IPRESS receptora pertenezca al Ministerio de Salud o a un gobierno regional y el paciente sea asegurado de EsSalud, este reconoce y paga la prestación conforme al artículo 6, en el mismo plazo.

4-C.3. Cuando la IPRESS receptora pertenezca a las Sanidades de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional del Perú, la recepción se sujeta además a su disponibilidad operativa. El reembolso corresponde a la IAFAS del paciente conforme al artículo 6.

4-C.4. Cuando el paciente no cuente con seguro, la IPRESS de origen gestiona de oficio su afiliación conforme a la normativa de aseguramiento universal en salud, sin que dicho trámite condicione ni retrase la referencia.

4-C.5. Las referencias entre IPRESS de un mismo régimen se rigen por su normativa interna, sin que sea exigible convenio entre ellas. »

<u>Artículo 8</u>. Modificación del artículo 3 del Decreto Legislativo 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público

«Artículo 3. Condiciones para el intercambio prestacional

3.1. El intercambio prestacional se desarrolla bajo modalidad convencional o bajo modalidad automática por accesibilidad sanitaria.

3.2. El intercambio prestacional convencional se sujeta a las condiciones, procedimientos y mecanismos de formalización, financiamiento, información y pago establecidos en el presente decreto legislativo y su reglamento.

3.3. El intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria se rige por los artículos 4-A y 4-B. La formalización de acuerdos, la aprobación previa de tarifas, la autorización administrativa o financiera, la validación electrónica, la interoperabilidad de los sistemas y la certificación presupuestal no constituyen condiciones previas para efectuar la referencia ni para iniciar la prestación, sin perjuicio de su cumplimiento posterior cuando corresponda conforme a la normativa aplicable.»

<u>Artículo 9</u>. Modificación del artículo 5 del Decreto Legislativo 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público

«Artículo 5. Financiamiento y mecanismos de pago

Los servicios de salud que intercambian las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas se financian con cargo al presupuesto institucional de sus respectivos pliegos o entidades.

***En el intercambio prestacional convencional, el mecanismo de pago** puede ser prospectivo o retrospectivo, a través **de las** modalidades propuestas por las IAFAS públicas, **sobre** la base de las tarifas aprobadas **y conforme** a los procesos y plazos establecidos en los acuerdos de intercambio prestacional.*

En el intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria, la inexistencia previa de convenio, acuerdo tarifario o autorización administrativa no impide el reconocimiento de una prestación comprendida en la cobertura del asegurado que haya sido otorgada conforme a los artículos 4-A y 4-B. Su registro, validación, auditoría, valorización, liquidación y pago se realizan con posterioridad, conforme a la normativa presupuestaria y financiera vigente.

El pago por los servicios de intercambio prestacional en salud y la contratación de planes de salud específicos y complementarios otorgados por las IAFAS públicas de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú están inafectos al impuesto general a las ventas.»

<u>Artículo 10</u>. Modificación del artículo 6 del Decreto Legislativo 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público

«Artículo 6. Tarifas del intercambio prestacional

*Las tarifas del intercambio prestacional no tienen fines de lucro. **En** el intercambio prestacional **convencional, las tarifas son aprobadas por las partes conforme a la normativa vigente.***

En el intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria no se requiere acuerdo tarifario previo. Para la valorización posterior se aplica, en primer término, la tarifa vigente acordada entre las entidades, de existir; en su defecto, la tarifa o estructura de costos vigente de la IAFAS responsable del financiamiento y, a falta de esta, el costo estándar, tarifa referencial o metodología de valorización vigente aprobada por el Ministerio de Salud.

La inexistencia o controversia sobre la tarifa aplicable no constituye causa para retrasar, denegar o interrumpir la referencia o la atención.»

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera. Adecuación reglamentaria

El Poder Ejecutivo adecua el Reglamento del Decreto Legislativo 1302, aprobado por Decreto Supremo 012-2019-SA; el Reglamento del Decreto Legislativo 1163, aprobado por Decreto Supremo 030-2014-SA; y las normas reglamentarias, técnicas y sistemas de información vinculados a la referencia, contrarreferencia e intercambio prestacional, dentro de los sesenta días calendario siguientes a la entrada en vigor de la presente ley.

La adecuación reglamentaria no constituye condición para la aplicación del intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria. Las disposiciones reglamentarias o administrativas incompatibles con los artículos 4-A y 4-B del Decreto Legislativo 1302 no son aplicables a dicha modalidad desde la entrada en vigor de la presente ley.

Segunda. Financiamiento

La presente ley no crea nuevas prestaciones, planes de beneficios ni coberturas sanitarias. Su aplicación se financia con cargo a los presupuestos institucionales y créditos presupuestarios autorizados de las entidades involucradas, conforme a la normativa presupuestaria vigente, sin demandar recursos adicionales al tesoro público.

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: GUILLEN VALENCIA Hector FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20/10/2026 18:41:18-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ZUNINI YERREN Ernesto Alonzo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20/10/2026 18:21:16-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ZUNINI YERREN Ernesto Alonzo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 20/10/2026 18:21:21-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: PEREZ QUISPE Jessica Sadith FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 21/10/2026 18:03:43-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: VARAS SEGUIN Daniel Jefferson FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22/10/2026 08:58:24-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: JIBAJA RAMOS Luis Angel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22/10/2026 10:18:06-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: GUEVARA RAMIREZ Jessica Roxana FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22/10/2026 15:51:04-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA PÚBLICO

El acceso oportuno a servicios de salud de mayor complejidad continúa siendo, en el Perú, una de las principales brechas territoriales del sistema sanitario nacional.

La concentración de infraestructura hospitalaria especializada en un número reducido de ciudades obliga a que las regiones con menor capacidad resolutiva, particularmente en la sierra y la selva del país, dependan de la referencia oportuna de sus pacientes hacia establecimientos de mayor complejidad ubicados, en muchos casos, en regiones distintas a la de origen del paciente.

Cuando dicha referencia se retrasa por razones administrativas ajenas a la condición clínica del paciente, el resultado puede ser, la pérdida de vidas que pudieron haberse salvado.

Tenemos por ejemplo que el Hospital El Carmen de Huancayo recibe a gestantes de alto riesgo procedentes de Huancavelica, Cerro de Pasco, Huánuco y Ayacucho, precisamente porque la red de salud de dichas regiones no cuenta con la capacidad resolutiva necesaria para atender complicaciones obstétricas graves[1].

Un caso grave se informó el 14 de junio de 2026, una gestante de 27 años que había sido evacuada desde el centro de salud de Ingenio falleció en el hospital El Carmen tras ser referida por un cuadro de presión arterial elevada y una posible preeclampsia, encontrándose en investigación el tiempo que la paciente esperó dicha referencia[2].

Existen otros reportes de casos en el 2024, solo en los primeros cuatro meses de dicho año, se registraron ocho muertes maternas en la región Junín, tres de ellas en el propio hospital El Carmen, con pacientes procedentes de Pichanaqui, Pangoa, Satipo, Tarma, Andamarca, Huancavelica y Oxapampa; la propia dirección del hospital

---

[1] Diario Correo (2026). *Junín: De 6052 gestantes, 1855 son de alto riesgo.* Obtenido de https://diariocorreo.pe/edicion/huancayo/junin-de-6052-gestantes-1855-son-de-alto-riesgo-noticia/

[2] Diario Correo (2026). *Muerte materna en el hospital El Carmen.* Obtenido de https://diariocorreo.pe/peru/muerte-materna-en-el-hospital-el-carmen-noticia/

reconoció que «las pacientes llegaron tan graves al hospital, que no se pudo hacer nada por salvarles la vida»[3].

En la región Huancavelica, medios y espacios de comunicación locales reportaron, en fecha reciente, el fallecimiento de una gestante de 26 años, quien cursaba las 39 semanas de embarazo, en circunstancias que generaron indignación y graves cuestionamientos de la propia comunidad sobre la oportunidad de la atención recibida, y una referencia a otro centro de salud que demoro en llegar[4] [5] [6].

El mismo patrón se replica, con variaciones, en regiones alejadas de distintas macrorregiones del país.

En la región Arequipa, en junio de 2026, una mujer de 67 años falleció en el Hospital Regional Honorio Delgado mientras el personal médico gestionaba su traslado al Hospital Goyeneche, luego de determinarse que el primer establecimiento no contaba con un equipo de ventilación mecánica disponible para atender su cuadro; la paciente falleció mientras se esperaba la unidad de transporte para el traslado[7].

En la región Ucayali, un paciente con accidente cerebrovascular e hipertensión arterial no controlada falleció mientras era trasladado en ambulancia hacia Pucallpa, después

---

[3] Diario Correo, *"Junín: Ya suma 8 muertes maternas en 4 meses del 2024, cuando el 2023 eran 16"* (21 de mayo de 2024). Obtenido de https://diariocorreo.pe/edicion/huancayo/junin-ya-suma-8-muertes-maternas-en-4-meses-del-2024-cuando-el-2023-eran-16-noticia/

[4] Huancavelica (2026). *Sin referencia, 25 horas en espera*. Obtenido de https://web.facebook.com/Huancavelica.news/posts/increible-huancavelica-est%C3%A1-de-luto-y-de-rabia-una-joven-madre-de-solo-26-a%C3%B1os-m/1512736230897433/

[5] Radio 1550 (2026). *Gestante de 26 años muere tras esperar más de 24 horas su traslado a Surcubamba*. Obtenido de https://www.facebook.com/radio1550fm/posts/radiomultiplataformadigital1550huancavelica-yeni-lavado-sotacuro-de-26-a%C3%B1os-y-or/1792509765744114/

[6] Radio Studio 1 Huancavelica 2024 (2026), *"Muerte materna de paciente con 39 semanas de gestación genera graves cuestionamientos sobre la atención sanitaria en Tayacaja*. Obtenido de https://www.facebook.com/radiostudio1huancavelicaoficial2023/posts/muerte-materna-de-paciente-con-39-semanas-de-gestaci%C3%B3n-genera-graves-cuestionami/1030511233365600/

[7] HBA Noticias (2026). *Adulta mayor fallece tras esperar atención médica en hospital Honorio Delgado Espinoza*. Obtenido de https://hbanoticias.pe/adulta-mayor-fallece-tras-esperar-atencion-medica-en-hospital-honorio-delgado-espinoza/

de que el bloqueo de transportistas en la carretera Federico Basadre retrasara su evacuación[8].

En la región La Libertad, una recién nacida falleció luego de que su madre no recibiera atención oportuna durante el parto en el Hospital Distrital Jerusalén pese a presentar señales de riesgo, siendo derivada de urgencia al Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, donde los especialistas solo pudieron confirmar su fallecimiento[9].

Estos casos, ocurridos en Junín, Huancavelica, Arequipa, Ucayali y La Libertad, regiones ubicadas en la sierra, la selva y la costa del país, comparten un mismo denominador común, la necesidad de trasladar a un paciente desde un establecimiento de salud que no cuenta con la capacidad resolutiva requerida hacia otro que sí la tiene, en un contexto en el que el tiempo transcurrido entre la decisión clínica de referir y la efectiva recepción del paciente en el establecimiento de destino resulta determinante para su supervivencia.

En ninguno de los casos documentados el personal de salud dejó de identificar la necesidad de referencia, tal es el caso que por ejemplo en Junín, el propio hospital reconoció que las pacientes llegaban ya en estado crítico; en Arequipa, el personal médico había determinado la necesidad de traslado y se encontraba coordinando la unidad de transporte; en Ucayali, la ambulancia ya se encontraba en ruta hacia el establecimiento de destino; y en La Libertad, la derivación de urgencia ya había sido dispuesta.

El denominador común no es, entonces, un error de diagnóstico ni una demora en la decisión clínica, sino el tiempo adicional que insume la coordinación logística, administrativa y, en algunos casos, financiera entre instituciones, tiempo que, en

---

[8] RPP Noticias, *"Ucayali: paciente fallece tras demora en traslado a hospital por bloqueo de transportistas en carretera Federico Basadre"*. Obtenido de https://rpp.pe/peru/ucayali/ucayali-paciente-fallece-tras-demora-en-traslado-a-hospital-por-bloqueo-de-transportistas-en-carretera-federico-basadre-noticia-1701413

[9] La República (2026). *Bebé recién nacida muere en hospital tras presunta negligencia durante parto en La Libertad: "Decían que tenía que esperar"*. Obtenido de https://larepublica.pe/sociedad/2026/02/19/bebe-recien-nacida-muere-en-hospital-tras-presunta-negligencia-durante-parto-en-la-libertad-decian-que-tenia-que-esperar-466070

condiciones de emergencia obstétrica, cardiovascular o traumatológica, puede ser la diferencia entre la vida y la muerte del paciente.

Tabla 01 – Resumen de los Indicadores de brechas por servicio

N.°	Servicio	Código	Denominación del indicador	Tipo	Unidad de medida
1	Servicio de atención de salud básicos	348	Porcentaje de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención con Capacidad Instalada Inadecuada	Calidad	Establecimiento de salud
2	Servicio de atención de salud básicos	490	Porcentaje de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención por Implementar	Cobertura	Establecimiento de salud
3	Atención de servicios de salud hospitalarios	521	Porcentaje de Hospitales con Capacidad Instalada Inadecuada	Calidad	Establecimiento de salud
4	Atención de servicios de salud hospitalarios	589	Porcentaje de Hospitales por Implementar	Cobertura	Establecimiento de salud
5	Servicio de atención de institutos especializados	557	Porcentaje de Institutos de Salud Especializados con Capacidad Inatalada Inadecuada	Calidad	Institutos especializados
6	Servicio de atención de institutos especializados	642	Porcentaje de Institutos de Salud Especializados por Implementar	Cobertura	Institutos especializados
7	Atención especializada en salud pública	588	Porcentaje de Laboratorios del Sistema de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública con Capacidad Instalada Inadecuada	Calidad	Laboratorio
8	Atención especializada en salud pública	638	Porcentaje de Laboratorios del Sistema de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública por Implementar	Cobertura	Laboratorio
9	Servicio de atención de salud básicos	643	Porcentaje de Centros de Promoción y Vigilancia Comunal con Capacidad Instalada	Calidad	Centro de Promoción y Vigilancia Comunal
10	Servicio de atención de salud básicos	617	Porcentaje de Centros de Promoción y Vigilancia Comunal por Implementar	Cobertura	Centro de Promoción y Vigilancia Comunal
11	Servicios funerarios y de sepultura	454	Porcentaje de Cementerios con Capacidad Instalada Inadecuada	Calidad	Cementerio
12	Servicios funerarios y de sepultura	489	Porcentaje de Cementerios por Implementar	Cobertura	Cementerio

Elaboración: OPMI – MINSA[10]

Los doce (12) indicadores se encuentran asociados a seis (06) servicios y permiten caracterizar las brechas desde dos perspectivas complementarias: calidad, mediante los indicadores de capacidad instalada inadecuada, y cobertura, mediante los indicadores de servicios o unidades por implementar. Entonces como podemos observar no se trata, de un problema exclusivo de una región en particular, sino de

[10] Ministerio de Salud (2026). *Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios del sector salud.* Obtenido de https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/8489415-diagnostico-de-brechas-de-infraestructura-o-acceso-a-servicios-del-sector-salud-2028-2030

una falla estructural del sistema nacional de salud, que se manifiesta con mayor intensidad allí donde la infraestructura hospitalaria especializada es más escasa.

Es por ello, que el problema público que la presente iniciativa busca resolver no es, en respuesta reactiva a un solo caso o a una sola región, es la ausencia, a nivel nacional, de un mecanismo legal que garantice que la referencia de un paciente entre instituciones públicas de salud, una vez decidida por criterios clínicos, se ejecute sin dilaciones administrativas, con independencia de la región del país en la que dicho paciente se encuentre. La presente iniciativa no está dirigida a resolver la problemática de salud de una región en particular, sino a corregir un defecto de diseño normativo que afecta, por igual, a cualquier región del país en la que la referencia interinstitucional resulte necesaria.

II. EVIDENCIA QUE SUSTENTA EL PROBLEMA

La Defensoría del Pueblo ha documentado las fallas del sistema de referencia y contrarreferencia en salud. En mayo de 2026, la oficina defensorial de Piura intervino ante el centro de salud de Chapairá, en el distrito de Castilla, al advertir que treinta y seis referencias médicas de personas privadas de libertad no habían sido ingresadas al Sistema Informático de Referencia y Contrarreferencia (REFCON) del Ministerio de Salud, lo que venía afectando severamente su acceso oportuno a atención especializada en el Hospital Santa Rosa[11]. De manera similar, la Defensoría del Pueblo de Lambayeque supervisó los servicios de emergencia de los hospitales Las Mercedes y Lambayeque de Chiclayo y del hospital Belén de Lambayeque, estableciendo, detectó problemas en el procedimiento de referencias médicas, recomendando al director del hospital Belén que asignara personal para fortalecer dicho procedimiento y que la Central Nacional de Referencias de Urgencias y Emergencias del Ministerio de Salud interviniera ante los problemas identificados[12].

---

[11] Defensoría del Pueblo (2026). *Piura: tras intervención de la Defensoría del Pueblo, población penitenciaria podrá acceder a servicios de salud que se encontraban postergados*. Obtenido de https://www.defensoria.gob.pe/piura-tras-intervencion-de-la-defensoria-del-pueblo-poblacion-penitenciaria-podra-acceder-a-servicios-de-salud-que-se-encontraban-postergados/

[12] Defensoría del Pueblo (2014). *"Defensoría del Pueblo advierte problemas en los servicios de emergencia que afectan a la población afiliada al SIS"*. Obtenido de

El Informe Defensorial 275 de la Defensoría del Pueblo identifica, como una de las causas estructurales de esta problemática, que el sistema de salud peruano está fragmentado en subsectores, y entre competencias nacionales y regionales, que agravan las ineficiencias en la planificación e inequidades en la prestación y acceso desigual a la atención en salud, señalando además la carencia de autonomía financiera y presupuestal de los hospitales pertenecientes al Pliego del Ministerio de Defensa y Ministerio del Interior y la existencia de deudas acumuladas del Seguro Integral de Salud con los hospitales de mayor nivel de complejidad correspondientes al periodo 2019 a 2023[13].

Esta evidencia institucional, proveniente de la propia Defensoría del Pueblo, confirma que el problema identificado es la manifestación de una falla sistémica en el diseño normativo del intercambio prestacional, en la que la exigencia de convenios, contratos, autorizaciones y certificaciones presupuestales previas antecede, en los hechos, a la urgencia clínica del paciente.

Tabla 02 – Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención con Capacidad Instalada Inadecuada por circunscripción Departamental 2020 - 2025

DEPARTAMENTO	VALOR LINEA DE BASE ESI - 2020*			VALOR EJECUTADO DE ESI - 2025		
	TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (ES)	ESI NOMINAL	ESI PORCENTUAL	TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (ES)	ESI NOMINAL	ESI PORCENTUAL
AMAZONAS	488	477	97.7%	500	486	97.2%
ANCASH	430	413	96.0%	447	428	95.7%
APURIMAC	397	379	95.5%	425	403	94.8%
AREQUIPA	289	288	99.7%	296	294	99.3%
AYACUCHO	414	375	90.6%	440	394	89.5%
CAJAMARCA	876	861	98.3%	895	879	98.2%
CALLAO	79	75	94.9%	85	81	95.3%
CUSCO	360	332	92.2%	390	353	90.5%
HUANCAVELICA	417	406	97.4%	421	406	96.4%
HUANUCO	340	330	97.1%	354	344	97.2%
ICA	166	165	99.4%	167	166	99.4%
JUNIN	533	531	99.6%	551	547	99.3%
LA LIBERTAD	321	314	97.8%	347	333	96.0%

https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-advierte-problemas-en-los-servicios-de-emergencia-que-afectan-a-la-poblacion-afiliada-al-sis/

[13] Defensoría del Pueblo (2024). *Informe Defensorial 275*. Obtenido de https://www.defensoria.gob.pe/informes/informe-defensorial-n-275/

DEPARTAMENTO	VALOR LINEA DE BASE ESI - 2020*			VALOR EJECUTADO DE ESI - 2025		
	TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (ES)	ESI NOMINAL	ESI PORCENTUAL	TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (ES)	ESI NOMINAL	ESI PORCENTUAL
LAMBAYEQUE	200	200	100.0%	208	208	100.0%
LIMA	819	810	98.9%	887	878	99.0%
LIMA METROPOLITANA	484	477	98.6%	539	532	98.7%
LIMA REGION	335	333	99.4%	348	346	99.4%
LORETO	457	448	98.0%	512	502	98.0%
MADRE DE DIOS	93	92	98.9%	96	83	86.5%
MOQUEGUA	66	62	93.9%	73	69	94.5%
PASCO	269	269	100.0%	270	227	84.1%
PIURA	449	440	98.0%	467	451	96.6%
PUNO	487	471	96.7%	507	486	95.9%
SAN MARTIN	389	387	99.5%	404	400	99.0%
TACNA	91	85	93.4%	93	84	90.3%
TUMBES	56	55	98.2%	58	57	98.3%
UCAYALI	214	212	99.1%	243	239	98.4%
TOTAL	**8700**	**8477**	**97.44%**	**9136**	**8798**	**96.30%**

Fuente: Modulo PMI del MEF, RENIPRESS y Banco de Inversiones[14].
Elaboración: OPMI–MINSA.
*** ESI:** Establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada.

Cabe precisar que la Ley 27604, que modificó los artículos 3 y 39 de la Ley 26842, Ley General de Salud, ya garantiza que toda persona reciba atención de emergencia en cualquier establecimiento de salud, público o privado, sin excepción, mientras subsista el riesgo grave para su vida.

Sin embargo, dicha garantía cubre el primer contacto asistencial y la estabilización inicial del paciente, mas no resuelve el problema específico que la presente iniciativa aborda, es decir la referencia y continuidad de atención hacia un establecimiento distinto, cuando el que brindó la primera atención carece de la capacidad resolutiva necesaria para continuar el tratamiento.

Los casos documentados en el acápite I ocurrieron, precisamente, en esa segunda etapa, pacientes que ya habían sido admitidos y estabilizados inicialmente, pero cuya

[14] Ministerio de Salud (2026). *Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios del sector salud.* Obtenido de https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/8489415-diagnostico-de-brechas-de-infraestructura-o-acceso-a-servicios-del-sector-salud-2028-2030

condición exigía un traslado que se vio retrasado por razones ajenas a su estado clínico.

La historia normativa reciente de nuestro país, ofrece, además, una lección directa sobre las consecuencias de diseñar un mecanismo de intercambio prestacional urgente sin resolver adecuadamente la relación entre la decisión clínica y la formalización administrativa y financiera. En abril de 2020, en el momento más crítico de la primera ola de la pandemia de COVID-19, el Poder Ejecutivo aprobó el Decreto Legislativo 1466, que estableció mecanismos para facilitar el intercambio prestacional entre el sistema público y las clínicas privadas, permitiendo derivar pacientes graves del Ministerio de Salud o de EsSalud hacia establecimientos privados con disponibilidad de camas de Unidad de Cuidados Intensivos[15].

Sin embargo, a diferencia del diseño que propone la presente iniciativa, dicho mecanismo exigió, como condición previa, la negociación y suscripción de convenios tarifarios individuales entre el Seguro Integral de Salud y cada clínica, así como la fijación de una tarifa plana por paquete de atención. El resultado de este diseño fue que, transcurridos treinta y nueve días desde la publicación de la norma, ningún paciente había recibido el beneficio del intercambio prestacional que la propia norma prometía, mientras las familias de los pacientes graves debían negociar directamente con las clínicas garantías económicas para acceder a una cama disponible[16].

Este antecedente resulta decisivo para sustentar la técnica normativa que adopta la presente iniciativa.

El fracaso práctico del Decreto Legislativo 1466 no se debió a la ausencia de voluntad política ni a la falta de capacidad hospitalaria, de hecho, existían camas UCI disponibles tanto en el sector público como en clínicas privadas, sino a un diseño

[15] Diario Correo (2020). *Intercambio prestacional de clínicas y Minsa en cero.* Obtenido de https://diariocorreo.pe/peru/intercambio-prestacional-de-clinicas-y-minsa-en-cero-noticia/

[16] RPP Noticias (2020). *Clínicas afirman que cuentan con camas UCI que no han sido utilizadas por Minsa y EsSalud.* Obtenido de https://rpp.pe/peru/actualidad/coronavirus-en-peru-clinicas-afirman-que-cuentan-con-camas-uci-que-no-han-sido-utilizadas-por-minsa-y-essalud-covid-19-noticia-1269251

normativo que condicionó la referencia del paciente a la culminación previa de un proceso de negociación administrativa y tarifaria.

La presente iniciativa invierte precisamente esa lógica, la referencia procede de manera inmediata en función de la necesidad clínica, mientras que la valorización, la auditoría y el pago se resuelven con posterioridad, entre las entidades involucradas, sin que su ausencia pueda interrumpir o condicionar la atención del paciente.

Cabe precisar que el Decreto Legislativo 1466 reguló el intercambio prestacional entre instituciones públicas y privadas, mientras que la presente iniciativa se circunscribe exclusivamente al intercambio entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas.

No obstante, la lección de técnica normativa es plenamente aplicable, cuando la urgencia clínica del paciente colisiona con un procedimiento administrativo que antecede a la atención, el paciente termina asumiendo, en los hechos, el costo de dicha demora, ya sea en su salud, en su patrimonio o, como en los casos documentados en el acápite I, en su propia vida.

III. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

El objetivo general de la presente iniciativa es garantizar la referencia directa y oportuna de pacientes entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, eliminando la exigencia de convenios, contratos o autorizaciones administrativas y financieras previas como condición para iniciar la prestación requerida, cuando de por medio se encuentre la necesidad clínica y la accesibilidad sanitaria del paciente.

Constituyen objetivos específicos de la presente iniciativa:

(i) Incorporar el derecho de las personas usuarias a que su referencia se determine en función de la necesidad clínica, la capacidad resolutiva y el tiempo efectivo de acceso, y no de la procedencia territorial o la existencia de un convenio previo;

(ii) Exceptuar del requisito de convenio o contrato previo, a las transferencias de fondos correspondientes a prestaciones brindadas mediante esta nueva modalidad de intercambio prestacional.

(iii) Crear, una modalidad de intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria, paralela y complementaria a la modalidad convencional vigente, aplicable exclusivamente a los supuestos de referencia urgente entre IPRESS públicas

(iv) Establecer reglas claras sobre las causales válidas e inválidas de rechazo de una referencia, de modo que la ausencia de convenio, autorización o certificación presupuestal no pueda invocarse como causal de rechazo, mientras que sí se preserve el derecho de la IPRESS receptora a rechazar la referencia por una causa asistencial objetiva y verificable.

(v) Fortalecer la capacidad de respuesta del sistema público de salud frente a las regiones estructuralmente dependientes de la referencia interregional, cuya limitada infraestructura hospitalaria exige que el sistema de intercambio prestacional opere con la máxima celeridad posible, sin que la ausencia de convenios previos con las regiones receptoras se traduzca en pérdidas de vidas evitables.

IV. FUNDAMENTACIÓN DE LA INICIATIVA

El artículo 7 de la Constitución Política del Perú reconoce que todos tienen derecho a la protección de su salud, indica lo siguiente: «*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. La persona con discapacidad tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad*».

El artículo 9 de la Constitución precisa que el Estado determina la política nacional de salud, y que el Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación, siendo responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

El artículo 3 de la Ley 26842, Ley General de Salud, establece textualmente que «*toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención*

médico quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, estando los establecimientos de salud sin excepción obligados a prestar esta atención, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud». Esta disposición, complementada por el artículo 39 de la misma ley, garantiza el acceso universal e incondicionado a la atención de emergencia.

Sin embargo, las garantías descritas actualmente solo cubren el primer contacto asistencial, más no la etapa posterior de referencia hacia un establecimiento de mayor capacidad resolutiva en el menor tiempo posible, que es precisamente donde se ubican los casos documentados en el acápite I de la presente exposición de motivos. El artículo 15, numeral 15.1, de la Ley 26842, reconoce el derecho de las personas usuarias de los servicios de salud al acceso a dichos servicios, sin que su redacción vigente precise los criterios que deben regir la determinación del establecimiento de destino cuando se requiere una referencia.

Es por ello que con la presente iniciativa se cierra este vacío incorporando el literal f) al citado numeral, estableciendo que dicha determinación debe basarse en la necesidad clínica, la capacidad resolutiva y disponibilidad efectiva, el tiempo efectivo de acceso y la seguridad del traslado.

Por otro lado, el artículo 4 del Decreto Legislativo 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, regula las condiciones bajo las cuales el Seguro Integral de Salud transfiere fondos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, exigiendo, como regla general, la suscripción previa de un convenio o contrato. Esta exigencia, razonable para el intercambio prestacional ordinario y planificado, se convierte en un obstáculo cuando la necesidad de referencia surge de manera urgente hacia una IPRESS con la que el Seguro Integral de Salud no cuenta aún con convenio vigente. La presente iniciativa incorpora una excepción puntual, aplicable exclusivamente a las prestaciones brindadas mediante la modalidad de intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria que se crea en el artículo 5 de la presente ley.

El Decreto Legislativo 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público, regula el mecanismo general mediante el

cual las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas intercambian servicios de salud. Dicho mecanismo, denominado en la presente iniciativa como «modalidad convencional», continúa plenamente vigente para el intercambio prestacional planificado y regular entre instituciones.

La presente iniciativa no lo deroga ni lo reemplaza, sino que lo complementa incorporando una segunda modalidad, denominada «automática por accesibilidad sanitaria», aplicable exclusivamente a los supuestos en que la urgencia de la referencia no permite esperar la formalización de un convenio, y en los que, de existir dicho convenio, su tarifa se aplica igualmente para la valorización posterior de la prestación.

La técnica normativa empleada en los artículos 4-A y 4-B, que se incorporan al Decreto Legislativo 1302, separa la decisión clínica de la actuación administrativa y financiera, es decir el profesional de salud responsable determina la necesidad de referencia con base en criterios clínicos, mientras que la formalización de acuerdos, la aprobación de tarifas, la autorización administrativa o financiera y la certificación presupuestal se realizan con posterioridad, sin que su ausencia pueda interrumpir una prestación ya iniciada. Esta separación resulta coherente con la evidencia documentada en el acápite I, donde el propio personal médico identificó la necesidad de traslado, pero la coordinación interinstitucional retrasó su ejecución.

La iniciativa establece, asimismo, causales inválidas de rechazo, como la procedencia territorial del paciente, la inexistencia de convenio, la falta de autorización administrativa o financiera previa, la inexistencia de acuerdo tarifario y la indisponibilidad temporal de los sistemas informáticos, precisamente porque estas son las causales, que han operado en la práctica como barreras administrativas a la referencia oportuna.

Al mismo tiempo, preserva el derecho de la IPRESS receptora a rechazar la referencia por una causa asistencial objetiva y verificable, evitando que la norma se traduzca en una obligación de recibir pacientes sin la capacidad real para atenderlos.

Finalmente, la iniciativa no crea nuevas prestaciones, planes de beneficios ni coberturas sanitarias, ni demanda recursos adicionales al Tesoro Público, conforme lo establece expresamente la Segunda Disposición Complementaria Final. Su aplicación se financia con cargo a los presupuestos institucionales y créditos presupuestarios ya autorizados de las entidades involucradas, en observancia del artículo 79 de la Constitución Política del Perú, que restringe la iniciativa parlamentaria de gasto.

La exigencia de un convenio previo entre subsectores, para atender a un paciente cuya vida depende de una referencia oportuna, contradice en los hechos dicho principio de unidad, al condicionar el ejercicio de un derecho fundamental a la existencia de un acuerdo administrativo entre entidades del mismo Estado.

La jerarquía tarifaria establecida en el artículo 6 del Decreto Legislativo 1302, modificado por la presente iniciativa, responde a un criterio de progresividad que evita tanto la arbitrariedad en la valorización posterior como la parálisis de la prestación por ausencia de tarifa pactada, en primer lugar, se aplica la tarifa vigente entre las entidades si esta existe; en su defecto, la tarifa o estructura de costos de la propia IAFAS responsable del financiamiento; y, únicamente a falta de ambas, el costo estándar o la metodología de valorización que apruebe el Ministerio de Salud con carácter general.

Esta jerarquía asegura que exista, en todo momento, un parámetro objetivo para la valorización posterior, sin que la ausencia de negociación previa entre dos entidades públicas concretas pueda paralizar indefinidamente el pago de una prestación ya brindada.

Resulta pertinente distinguir la modalidad automática por accesibilidad sanitaria de la simple eliminación del control administrativo y financiero del intercambio prestacional. La presente iniciativa no elimina dicho control, sino que modifica el momento en que este se ejerce, en lugar de ser un requisito previo que condiciona la atención del paciente, se convierte en un mecanismo de verificación, auditoría y liquidación posterior, que preserva íntegramente las facultades de fiscalización de las IAFAS y de

la Superintendencia Nacional de Salud, sin que dichas facultades puedan ejercerse a costa de la vida o la salud del paciente.

Tabla 03 - Hospitales con Capacidad Instalada Inadecuada por Departamento 2023-2025

DEPARTAMENTO	VALOR LINEA DE BASE ESI - 2023*			VALOR EJECUTADO DE ESI - 2025		
	CANTIDAD TOTAL DE HOSPITALES	HOSI NOMINAL	HOSI PORCENTUAL	CANTIDAD TOTAL DE HOSPITALES	HOSI NOMINAL	HOSI PORCENTUAL
AMAZONAS	8	8	100.0%	8	8	100.00%
ANCASH	14	14	100.0%	14	14	100.00%
APURIMAC	7	7	100.0%	7	7	100.00%
AREQUIPA	11	10	90.9%	13	12	92.31%
AYACUCHO	10	8	80.0%	10	8	80.00%
CAJAMARCA	12	11	91.7%	12	11	91.67%
CALLAO	7	7	100.0%	7	7	100.00%
CUSCO	11	11	100.0%	11	11	100.00%
HUANCAVELICA	5	5	100.0%	5	5	100.00%
HUANUCO	5	5	100.0%	5	5	100.00%
ICA	10	6	60.0%	10	6	60.00%
JUNIN	12	11	91.7%	13	12	92.31%
LA LIBERTAD	26	25	96.2%	28	27	96.43%
LAMBAYEQUE	7	7	100.0%	9	9	100.00%
LIMA	48	45	93.8%	50	47	94.00%
LIMA METROPOLITANA	40	37	92.5%	41	38	92.68%
LIMA REGION	8	8	100.0%	9	9	100.00%
LORETO	7	6	85.7%	7	6	85.71%
MADRE DE DIOS	2	2	100.0%	2	2	100.00%
MOQUEGUA	4	3	75.0%	4	3	75.00%
PASCO	6	5	83.3%	6	5	83.33%
PIURA	7	7	100.0%	8	8	100.00%
PUNO	14	13	92.9%	15	14	93.33%
SAN MARTIN	10	7	70.0%	10	7	70.00%
TACNA	2	2	100.0%	2	2	100.00%
TUMBES	2	2	100.0%	2	2	100.00%
UCAYALI	3	3	100.0%	4	4	100.00%
TOTAL	**250**	**230**	**92.00%**	**262**	**242**	**92.37%**

Fuente: Módulo PMI, RENIPRESS y Banco de Inversiones.
Elaboración: OPMI–MINSA.
***HOSI:** Hospitales con capacidad instalada inadecuada

Entre 2023 y 2025, el indicador muestra que la brecha hospitalaria prácticamente no ha variado y continúa en un nivel crítico, al pasar de 92,00% a 92,37%. Aunque el incremento es mínimo, el hecho de que más de nueve de cada diez hospitales mantengan una capacidad instalada inadecuada evidencia que existe un problema que requiere acciones sostenidas en el mediano y largo plazo.

Es por ello, que, la aprobación de la presente iniciativa reviste especial importancia porque no exige al Estado peruano construir nueva infraestructura, contratar personal adicional ni destinar un solo sol adicional del Tesoro Público, se trata, en esencia, de corregir un defecto de diseño normativo que hoy convierte al papeleo administrativo

en un obstáculo mayor que la propia enfermedad. Bastará con que el sistema de salud haga lo que ya sabe hacer, que es referir a un paciente hacia donde sí puede ser atendido, sin esperar a que dos instituciones públicas terminen de firmar un convenio.

V. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS, INVESTIGACIONES Y FUENTES UTILIZADAS

La Ley 26842, Ley General de Salud, fue promulgada en 1997 y ha sido objeto de sucesivas modificaciones orientadas a fortalecer los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, entre ellas la Ley 27604 de 2001, que garantizó la atención de emergencia sin excepción, y la Ley 29414 de 2009, que estableció de manera sistemática los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, incluido el acceso a dichos servicios regulado en el artículo 15.

El Decreto Legislativo 1163, que fortalece el Seguro Integral de Salud, fue aprobado en el marco de las facultades legislativas delegadas al Poder Ejecutivo en materia de reforma del sector salud, con el objetivo de optimizar el financiamiento y la gestión del aseguramiento público en salud.

El Decreto Legislativo 1302, que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público, fue aprobado en diciembre de 2016 con el propósito de articular la oferta de servicios de salud entre las distintas IAFAS e IPRESS públicas del país, evitando la duplicidad de infraestructura y optimizando el uso de la capacidad instalada del Estado.

Su artículo 5 fue modificado por la Ley 32240, que precisó los mecanismos de financiamiento y pago del intercambio prestacional, incluyendo la inafectación al impuesto general a las ventas de los servicios de intercambio prestacional en salud en el caso de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú.

No existen antecedentes legislativos directos de proyectos de ley orientados específicamente a crear una modalidad de intercambio prestacional automático que exceptúe la exigencia de convenio previo para los casos de referencia urgente por accesibilidad sanitaria.

VI. SECTORES COMPRENDIDOS

Comprende, en primer lugar, al Ministerio de Salud, entidad rectora del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, responsable de la adecuación reglamentaria y de la administración del Sistema Informático de Referencia y Contrarreferencia.

Comprende, asimismo, al Seguro Integral de Salud, en su calidad de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pública responsable del reconocimiento, liquidación y pago de las prestaciones brindadas bajo la modalidad de intercambio prestacional automático.

Comprende, además, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales, de EsSalud, de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, en tanto entidades emisoras y receptoras de referencias bajo la nueva modalidad automática.

Comprende también a las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS) y a las demás Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud públicas, en el ejercicio de sus competencias de financiamiento y valorización de las prestaciones intercambiadas.

Comprende, finalmente, a las personas aseguradas del Seguro Integral de Salud y, en general, a los usuarios del sistema público de salud que requieran referencia o continuidad de atención hacia un establecimiento distinto de su red de procedencia, con especial incidencia en la población de regiones con menor capacidad resolutiva, que depende de manera estructural de la referencia hacia establecimientos de mayor complejidad ubicados en regiones vecinas.

Comprende, de manera particular, a las Direcciones Regionales de Salud de las regiones a nivel nacional, cuyos pacientes de alto riesgo dependen de manera estructural de la referencia oportuna hacia establecimientos de mayor complejidad, en muchos casos ubicados en otras regiones del país, y para quienes la presente iniciativa representa un mecanismo directo de reducción del riesgo de fallecimiento evitable, con independencia de la región en la que dicho riesgo se presente.

Comprende, asimismo, a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), en el ejercicio de sus competencias de supervisión y fiscalización de la calidad y oportunidad de la atención brindada por las IPRESS públicas, incluida la verificación del cumplimiento de las causales válidas e inválidas de rechazo de una referencia establecidas en el artículo 4-B del Decreto Legislativo 1302, artículo que incorpora la presente iniciativa legislativa.

VII. NORMAS QUE SE MODIFICAN

La presente iniciativa modifica el artículo 15 de la Ley 26842, el artículo 4 del Decreto Legislativo 1163, y los artículos 3, 5 y 6 del Decreto Legislativo 1302, incorporando además los artículos 4-A y 4-B a este último. El siguiente cuadro compara el texto vigente y el texto propuesto:

TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO
LEY 26842, LEY GENERAL DE SALUD	
No existe el literal f), se está incorporando	**Artículo 15.- Toda persona tiene derecho a lo siguiente:** **15.1 Acceso a los servicios de salud** [...] f) A que, cuando requiera referencia o continuidad de atención, el establecimiento de destino sea determinado en función de la necesidad clínica, la capacidad resolutiva y disponibilidad efectiva, el tiempo efectivo de acceso y la seguridad del traslado. Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud pública ubicada fuera de la red, institución, provincia o región de procedencia permita brindar la prestación requerida en menor tiempo efectivo o con

	menor riesgo clínico, procede la referencia directa hacia esta, conforme a la normativa aplicable.
DECRETO LEGISLATIVO 1163, DECRETO LEGISLATIVO QUE APRUEBA DISPOSICIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD	
No existe el párrafo final del artículo 4 del Decreto Legislativo 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, se esta incorporando	**Artículo 4. De los convenios y contratos** [...] Se exceptúan del requisito de suscripción previa de convenio o contrato las transferencias de fondos o pagos correspondientes a prestaciones brindadas a asegurados del Seguro Integral de Salud mediante el intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria regulado en los artículos 4-A y 4-B del Decreto Legislativo 1302. El reconocimiento, liquidación y pago de dichas prestaciones se efectúan con cargo a la cobertura correspondiente y con sujeción a la normativa presupuestaria vigente.
DECRETO LEGISLATIVO 1302, DECRETO LEGISLATIVO QUE OPTIMIZA EL INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO	
No existe el artículo, se está incorporando	***Artículo 4-A. Intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria*** *4-A.1. El intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria procede cuando una persona requiera referencia o*

	continuidad de atención y una IPRESS pública distinta de su red, institución, provincia o región de procedencia cuente con la capacidad resolutiva y disponibilidad necesarias y permita acceder a la prestación requerida en menor tiempo efectivo o con menor riesgo clínico que las alternativas disponibles dentro de la red propia o preferente. *4-A.2. La procedencia y el destino de la referencia se determinan considerando la condición clínica del paciente, la capacidad resolutiva y disponibilidad de la IPRESS receptora, el tiempo efectivo de traslado, las condiciones de acceso y los riesgos asociados al desplazamiento.* *4-A.3. El profesional de salud responsable determina la necesidad de referencia. La IPRESS de origen coordina directamente con la IPRESS receptora y la confirmación de su capacidad resolutiva y disponibilidad habilita la referencia. La coordinación puede realizarse mediante cualquier medio institucional idóneo, dejando constancia*

	conforme a la normativa sanitaria. *4-A.4. Para efectuar la referencia y dar inicio a la prestación no se requiere convenio, contrato, adenda, autorización territorial, autorización administrativa individual de la IAFAS, acuerdo tarifario, certificación presupuestal previa, código de autorización o validación electrónica. Las actuaciones administrativas y financieras que correspondan se realizan con posterioridad sin afectar la continuidad de la atención.* *4-A.5. El intercambio de información clínica necesaria para la referencia se limita a los datos indispensables para la atención. Se realiza entre los profesionales y las IPRESS intervinientes con sujeción a la Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su reglamento; a la Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas. El tratamiento de estos datos no requiere el consentimiento previo del titular cuando concurra alguno de los supuestos del artículo 14 de la Ley 29733 relativo a datos de*

	salud en circunstancias de riesgo. Los registros de contingencia se incorporan a la historia clínica del paciente y quedan sujetos a las mismas medidas de seguridad y deber de confidencialidad.
No existe el artículo, se está incorporando	**Artículo 4-B. Recepción de la referencia automática** 4-B.1. La IPRESS receptora solo puede rechazar la referencia por una causa asistencial objetiva y verificable que impida brindar la prestación requerida en condiciones adecuadas de seguridad, incluida la inexistencia de la prestación, la falta efectiva de capacidad disponible o la contraindicación clínica del traslado. La causa se registra y comunica inmediatamente a la IPRESS de origen. 4-B.2. No constituyen causas válidas de rechazo la procedencia territorial del paciente, su adscripción a otra red o institución, la inexistencia de convenio, contrato o adenda, la falta de autorización administrativa o financiera previa, la inexistencia de acuerdo tarifario, la falta de

	certificación presupuestal previa ni la indisponibilidad temporal de los sistemas informáticos. 4-B.3. Cuando la IPRESS consultada no cuente con capacidad para recibir al paciente o no confirme oportunamente su disponibilidad, la IPRESS de origen coordina de inmediato con otra IPRESS pública que cuente con la capacidad resolutiva requerida, sin reiniciar las actuaciones clínicas o administrativas ya efectuadas. 4-B.4. Las controversias sobre competencia institucional, cobertura, valorización, auditoría, financiamiento o pago se resuelven entre las entidades involucradas y no pueden trasladarse al paciente ni interrumpir una prestación ya iniciada.
No existe el artículo, se está incorporando	**Artículo 4-C. Reglas según el régimen de la IPRESS receptora** 4-C.1. Cuando la IPRESS receptora pertenezca al Seguro Social de Salud (EsSalud) y el paciente sea asegurado de otra IAFAS pública, esta reembolsa a EsSalud el valor de la prestación conforme al artículo 6. El reembolso se efectúa en un plazo máximo de sesenta

	días calendario desde la acreditación de la prestación. Las prestaciones así brindadas no se imputan a los fondos de la seguridad social, en resguardo de su intangibilidad. 4-C.2. Cuando la IPRESS receptora pertenezca al Ministerio de Salud o a un gobierno regional y el paciente sea asegurado de EsSalud, este reconoce y paga la prestación conforme al artículo 6, en el mismo plazo. 4-C.3. Cuando la IPRESS receptora pertenezca a las Sanidades de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional del Perú, la recepción se sujeta además a su disponibilidad operativa. El reembolso corresponde a la IAFAS del paciente conforme al artículo 6. 4-C.4. Cuando el paciente no cuente con seguro, la IPRESS de origen gestiona de oficio su afiliación conforme a la normativa de aseguramiento universal en salud, sin que dicho trámite condicione ni retrase la referencia. 4-C.5. Las referencias entre IPRESS de un mismo régimen se rigen por su normativa interna, sin que sea exigible convenio entre ellas.
Artículo 3.- Condiciones para el Intercambio Prestacional Las condiciones para el intercambio prestacional serán establecidas en el	**Artículo 3. Condiciones para el intercambio prestacional**

Reglamento del presente Decreto Legislativo, que deberá contener como mínimo: a) Identificación de la demanda insatisfecha. b) Formalización del acuerdo entre las partes. c) Capacidad resolutiva. d) Sistema de identificación, sobre la base del documento nacional de identidad que permita reconocer la condición del asegurado, salvo las excepciones de Ley. e) Tarifas aprobadas por las partes. f) Intercambio de información e interoperabilidad de los sistemas. g) Certificación presupuestal. El reglamento incluirá los procesos, procedimientos y flujos para el desarrollo del intercambio prestacional.	**3.1. El intercambio prestacional se desarrolla bajo modalidad convencional o bajo modalidad automática por accesibilidad sanitaria.** **3.2. El intercambio prestacional convencional se sujeta a las condiciones, procedimientos y mecanismos de formalización, financiamiento, información y pago establecidos en el presente decreto legislativo y su reglamento.** **3.3. El intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria se rige por los artículos 4-A y 4-B. La formalización de acuerdos, la aprobación previa de tarifas, la autorización administrativa o financiera, la validación electrónica, la interoperabilidad de los sistemas y la certificación presupuestal no constituyen condiciones previas para efectuar la referencia ni para iniciar la prestación, sin perjuicio de su cumplimiento posterior cuando corresponda conforme a la normativa aplicable.**
Artículo 5. Financiamiento y mecanismos de pago Los servicios de salud que intercambian las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas se financian con	***Artículo 5. Financiamiento y mecanismos de pago*** *Los servicios de salud que intercambian las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas se financian con cargo al*

cargo al presupuesto institucional de sus respectivos pliegos o entidades. El mecanismo de pago puede ser prospectivo o retrospectivo, a través de modalidades propuestas por las IAFAS públicas y en base a las tarifas aprobadas, de acuerdo a los procesos y plazos que las partes establezcan en los acuerdos de intercambio prestacional en atención al marco normativo vigente. El pago por los servicios de intercambio prestacional en salud y la contratación de planes de salud específicos y complementarios otorgados por las IAFAS públicas de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú están inafectos al impuesto general a las ventas.	*presupuesto institucional de sus respectivos pliegos o entidades.* ***En el intercambio prestacional convencional, el mecanismo de pago*** *puede ser prospectivo o retrospectivo, a través* ***de las*** *modalidades propuestas por las IAFAS públicas,* ***sobre*** *la base de las tarifas aprobadas* ***y conforme*** *a los procesos y plazos establecidos en los acuerdos de intercambio prestacional.* ***En el intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria, la inexistencia previa de convenio, acuerdo tarifario o autorización administrativa no impide el reconocimiento de una prestación comprendida en la cobertura del asegurado que haya sido otorgada conforme a los artículos 4-A y 4-B. Su registro, validación, auditoría, valorización, liquidación y pago se realizan con posterioridad, conforme a la normativa presupuestaria y financiera vigente.*** ***El pago por los servicios de intercambio prestacional en salud y la contratación de planes de salud específicos y complementarios otorgados por las IAFAS públicas de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú están inafectos al impuesto general a las ventas.***
	Artículo 6. Tarifas del intercambio prestacional

Artículo 6.- Tarifas aprobadas de los servicios de salud para el intercambio prestacional entre IAFAS públicas Las tarifas en el intercambio prestacional no tienen fines de lucro y son aprobadas entre las partes. El intercambio prestacional entre IAFAS públicas es un proceso transparente, por lo que las bases de datos de las tarifas se publican en el portal institucional de la respectiva IAFAS, las condiciones y regulación específica se desarrolla en el reglamento del Decreto Legislativo.	*Las tarifas del intercambio prestacional no tienen fines de lucro.* ***En*** *el intercambio prestacional* ***convencional, las tarifas son aprobadas por las partes conforme a la normativa vigente.*** ***En el intercambio prestacional automático por accesibilidad sanitaria no se requiere acuerdo tarifario previo. Para la valorización posterior se aplica, en primer término, la tarifa vigente acordada entre las entidades, de existir; en su defecto, la tarifa o estructura de costos vigente de la IAFAS responsable del financiamiento y, a falta de esta, el costo estándar, tarifa referencial o metodología de valorización vigente aprobada por el Ministerio de Salud.*** ***La inexistencia o controversia sobre la tarifa aplicable no constituye causa para retrasar, denegar o interrumpir la referencia o la atención.***

Fuente: Elaboración propia

III. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

La presente propuesta considera el siguiente cuadro de actores:

ACTORES	BENEFICIOS	COSTO
Estado peruano	- Reduce el riesgo de fallecimientos evitables por demoras	No aplica

	administrativas en la referencia de pacientes. - Optimiza el uso de la capacidad instalada del sistema público de salud en su conjunto.	
Pacientes	- Acceso más rápido y seguro a establecimientos con la capacidad necesaria para atender su condición, sin depender de la existencia previa de un convenio entre instituciones.	No aplica
IPRESS de origen	- Cuentan con un mecanismo expreso y predecible para referir a sus pacientes sin incurrir en responsabilidad por la falta de convenio previo.	No aplica
IPRESS receptoras	- Reciben pacientes bajo reglas claras sobre causales válidas de rechazo, evitando responsabilidad por recibir casos que exceden su capacidad real.	No aplica
Seguro Integral de Salud y demás IAFAS públicas	- Reducen el riesgo de responsabilidad por denegación de cobertura ante prestaciones urgentes ya iniciadas.	No aplica

Fuente: Elaboración propia

IX. IMPACTO AMBIENTAL

La presente iniciativa no genera impacto ambiental, en la medida en que su objeto y contenido se circunscriben a la regulación de los mecanismos administrativos de

referencia y de intercambio prestacional entre instituciones públicas de salud, materia ajena a la gestión de recursos naturales, la biodiversidad o la calidad ambiental.

La propuesta no regula actividades extractivas, productivas o de infraestructura, ni modifica el marco normativo ambiental vigente. En consecuencia, no resulta aplicable un análisis de impacto ambiental respecto de la presente propuesta, conforme al criterio establecido en el artículo 106, literal f), del Reglamento de la Cámara de Diputados.