Paola Isabel Martínez Paitán
Diputada de la República

CÁMARA DE DIPUTADOS
CONGRESO DEL PERÚ

CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00890-2026-2031-CD
RU 71183-CD
19 NOVIEMBRE 2026 04:54 p. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: ASABARIAN

PROPOSICIÓN LEGISLATIVA QUE FORTALECE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y ESTABLECE EL CÓDIGO INFARTO

La Diputada de la República que suscribe, **PAOLA ISABEL MARTÍNEZ PAITÁN**, integrante del **Grupo Parlamentario RENOVACIÓN POPULAR**, en el ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que les confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y conforme lo establece el artículo 107 del Reglamento de la Cámara de Diputados del Congreso de la República, presenta la siguiente PROPOSICIÓN LEGISLATIVA:

LEY QUE FORTALECE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y ESTABLECE EL CÓDIGO INFARTO

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto fortalecer la prevención, diagnóstico, atención, tratamiento, recuperación y seguimiento de las enfermedades cardiovasculares y establecer el marco nacional para la organización, articulación, financiamiento e implementación progresiva del Código Infarto en el Perú, como emergencia médica tiempo-dependiente.

Artículo 2. Finalidad

La ley tiene por finalidad reducir la mortalidad, las complicaciones y la discapacidad asociadas al infarto agudo de miocardio mediante diagnóstico temprano, reperfusión oportuna, continuidad asistencial, referencia y traslado asistido, telesalud, atención especializada, financiamiento dentro de los programas presupuestales vigentes y evaluación continua de resultados.

Artículo 3. Ámbito de aplicación

La presente ley es aplicable a todas las instituciones, establecimientos y servicios de salud públicos, privados y mixtos que integran el Sistema Nacional de Salud e intervienen en la atención prehospitalaria, hospitalaria y especializada de personas con enfermedades cardiovasculares que se hallen dentro del Código Infarto.

Artículo 4. Definición y naturaleza del Código Infarto

El Código Infarto es la estrategia sanitaria funcional de carácter nacional constituida por procesos clínicos, operativos y logísticos coordinados para identificar precozmente a la persona con sospecha de infarto, activar la alerta asistencial, tomar e interpretar el electrocardiograma u otros exámenes auxiliares pertinentes, seleccionar la estrategia de reperfusión adecuada, coordinar la referencia y traslado, y asegurar la continuidad del tratamiento definitivo. El Código Infarto se integra a las Redes Integradas de Salud (RIS) y estructuras institucionales existentes, operando de manera transversal sin constituir una entidad, pliego presupuestal ni red administrativa paralela.

Artículo 5. Principios rectores

La implementación y gestión del Código Infarto se rige por los principios de:

5.1. Oportunidad terapéutica: Establece la prioridad absoluta para el dolor torácico sospechoso y obliga a la toma e interpretación del electrocardiograma (ECG) u otros

exámenes auxiliares pertinentes. Se determina la elección de la terapia de reperfusión según la urgencia y disponibilidad material.

5.2. Equidad territorial: la concentración de salas de hemodinámica en pocas ciudades impide aplicar un modelo único de atención. Por ello, se descentraliza la respuesta asistencial permitiendo que los establecimientos del primer y segundo nivel (I-3, I-4 y II) actúen como nodos activos para la atención temprana antes de la transferencia.

5.3. Continuidad asistencial: Organiza una ruta coordinada que cubre desde la atención prehospitalaria y el transporte asistido prioritario, pasando por el tratamiento definitivo de reperfusión, hasta la prevención secundaria y programas de rehabilitación cardíaca.

5.4. Seguridad del paciente: Garantiza una atención homologada fijando guías clínicas estandarizadas dictadas por el Ministerio de Salud, asegurando el abastecimiento de insumos críticos de reperfusión y la medición de indicadores epidemiológicos y de calidad a través del Registro Nacional del Infarto (RENIMA).

5.5. Enfoque de redes: Articula funcionalmente la atención sobre la base de las Redes Integradas de Salud (RIS), integrando las capacidades de MINSA, el Seguro Social de Salu (EsSalud), Sanidades de las Fuerzas Armadas/Policiales y el sector privado. Además, habilita el intercambio prestacional de emergencia con clínicas privadas acreditadas cuando los centros públicos carezcan de capacidad de reperfusión inmediata.

5.6. Interoperabilidad tecnológica: Despliegue de la tele-electrocardiografía en el primer nivel de atención (I-3 e I-4) para la lectura remota inmediata de ECG por especialistas y soporte decisional en tiempo real, interoperando con la Historia Clínica Electrónica.

5.7. Uso racional de medicamentos: Abastecimiento continuo de fibrinolíticos de última generación, anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios y stents, además de exigir la actualización permanente del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) para garantizar trombolíticos de alta efectividad.

5.8. Eficiencia en el gasto público y sostenibilidad presupuestaria: No se crea burocracia paralela, nuevos pliegos presupuestales ni entidades administrativas. Se financia reorganizando y priorizando los recursos asignados al Programa Presupuestal 0018 "Enfermedades No Transmisibles" del Presupuesto por Resultados (PpR), ajustándose a las reglas de sostenibilidad fiscal.

Artículo 6. Rectoría sanitaria y lineamientos técnicos

El Ministerio de Salud, en su condición de autoridad sanitaria nacional, establece y actualiza los lineamientos técnicos, protocolos clínicos y guías de práctica clínica del Código Infarto y coordina su cumplimiento articulado en todo el territorio con EsSalud, Gobiernos Regionales, Sanidades y prestadores privados. La labor de supervisión, fiscalización y sanción, de lo dispuesto en la presente ley, es realizada por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

Artículo 7. Articulación territorial en las Redes Integradas de Salud (RIS)

El Código Infarto se organiza territorialmente sobre la base de las Redes Integradas de Salud (RIS) reguladas por la Ley 30885. Los mapas asistenciales de cada RIS

identifican de forma explícita los establecimientos de salud que integran la red de atención y sus competencias asistenciales.

Artículo 8. Diagnóstico oportuno

Todo establecimiento de salud del Sistema Nacional de Salud que atienda emergencias incorpora en su proceso de triaje la prioridad absoluta para dolor torácico sospechoso de síndrome coronario agudo. Se garantiza la toma e interpretación del electrocardiograma, desde el ingreso del paciente o el primer contacto médico.

Artículo 9. Tele-electrocardiografía e Interoperabilidad Digital

Se declara de interés público la implementación prioritaria de la tele-electrocardiografía y plataformas de telesalud en los establecimientos del primer nivel de atención (I-3 e I-4) para la lectura remota inmediata del electrocardiograma por especialistas y el soporte en la decisión de reperfusión. Los sistemas informáticos empleados se interoperan con la Historia Clínica Electrónica conforme a la Ley 30024, Ley que crea el Registro nacional de Historias Clínicas Electrónicas y la Ley 30421, Ley Marco de Telesalud.

Artículo 10. Selección de la estrategia de reperfusión oportuna

La elección de la estrategia de reperfusión se realiza conforme a la evidencia médica y la accesibilidad geográfica:

a) Intervención Coronaria Percutánea (ICP) primaria: Terapia de elección cuando el tiempo estimado entre el diagnóstico y la insuflación del balón sea menor o igual a 120 minutos.

b) Estrategia Farmacoinvasiva: Cuando el tiempo estimado para la ICP primaria supere los 120 minutos y no existan contraindicaciones, se administra fibrinólisis en el establecimiento de origen dentro de los 30 minutos del diagnóstico, seguida del traslado inmediato del paciente a un centro con sala de hemodinámica para angioplastia de rutina o de rescate.

Artículo 11. Prioridad en la referencia y transporte asistido

El Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAMU), el Seguro Social de Salud-EsSalud y los servicios de transporte sanitario públicos y privados priorizan el traslado asistido de los pacientes con Código Infarto activado, considerándolo emergencia de código rojo tiempo-dependiente, minimizando tiempos de espera e intermediación administrativa.

Artículo 12. Unidades de Hemodinámica como Servicios Críticos

Las Unidades de Hemodinámica que atienden emergencias cardiovasculares son componentes asistenciales de atención crítica. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas adecúan la programación de los recursos humanos e infraestructura existente para garantizar la disponibilidad operativa de procedimientos intervencionistas de emergencia.

Artículo 13. Medicamentos y dispositivos médicos esenciales

El Ministerio de Salud, EsSalud y las entidades del sector garantizan la disponibilidad continua y el abastecimiento estratégico de medicamentos en los nodos de la red, de acuerdo a su nivel de complejidad.

Artículo 14. Capacitación continua del personal de salud y entrenamiento comunitario

14.1. Las instituciones del Sistema Nacional de Salud priorizan dentro de sus planes institucionales de capacitación la formación del personal de salud de emergencias y primer nivel en lectura e interpretación de electrocardiogramas, soporte vital cardiovascular avanzado (ACLS) y manejo del Código Infarto.

14.2. La autoridad sanitaria nacional promueve e implementa programas permanentes de entrenamiento en atención primaria prehospitalaria, maniobras de reanimación cardiopulmonar básica (RCP) y primeros auxilios cardiovasculares dirigidos a agentes comunitarios de salud, brigadistas y ciudadanía en general, a fin de fortalecer la respuesta inicial ante eventos de oclusión coronaria aguda.

Artículo 15. Registro Nacional de Información e Indicadores del Infarto (RENIMA)

Los registros nacionales existentes se adecúan para constituir el Registro Nacional de Infarto de Miocardio Agudo (RENIMA) interoperable, que monitorea en tiempo real los indicadores de oportunidad: tiempo síntoma-ECG, tiempo puerta-aguja (fibrinólisis), tiempo puerta-balón (ICP), tasa de reperfusión y mortalidad intrahospitalaria.

Artículo 16. Evaluación comparativa y mejora continua de calidad

La autoridad sanitaria nacional realiza evaluaciones semestrales ajustadas de la calidad de atención de cada red de salud, publicando los resultados para identificar brechas y aplicar planes de mejora continua.

Artículo 17. Promoción de la investigación clínica y epidemiológica

El Estado, a través del Instituto Nacional de Salud (INS) y el Consejo nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación - CONCYTEC, promueve la investigación aplicada en epidemiología cardiovascular, registros poblacionales de riesgo e innovación tecnológica en respuesta prehospitalaria.

Artículo 18. Prevención primaria, secundaria y rehabilitación cardíaca

Las IPRESS incorporan en sus servicios de consulta externa y Medicina Física programas de prevención cardiovascular, control intensivo de factores de riesgo (hipertensión, diabetes, dislipidemia) y rehabilitación cardíaca post-infarto.

Artículo 19. Plan Nacional de Cierre de Brechas de Reperfusión Cardiovascular El Ministerio de Salud, en coordinación con EsSalud, los Gobiernos Regionales y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), aprueban el Plan Nacional de Cierre de Brechas de Reperfusión Cardiovascular, estructurando la ampliación progresiva de capacidad instalada macrorregional, priorizando zonas de alta densidad o aislamiento geográfico.

Artículo 20. Acceso complementario de emergencia e intercambio prestacional 20.1. En aplicación de la Ley 27604, Ley de Emergencias Médicas y la Ley 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal de salud, cuando un establecimiento público no cuente con capacidad de reperfusión inmediata, el paciente es derivado de inmediato a la IPRESS privada o mixta más cercana acreditada con sala de hemodinámica.

20.2. Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas (SIS, EsSalud, FISSAL) suscriben convenios marco de intercambio

prestacional previo con tarifas estandarizadas para evitar cualquier barrera administrativa o mora en el pago de la atención de emergencia.

Artículo 21. Responsabilidad de gestión e indicadores institucionales

Los titulares de Pliego del MINSA, EsSalud, Gobiernos Regionales y Sanidades incluyen obligatoriamente el indicador de "Tiempo de Reperfusión e Índice de Cobertura del Código Infarto" en sus Convenios de Gestión e instrumentos de evaluación institucional.

Artículo 22. Garantía de insumos críticos en el Petitorio Nacional (PNUME)

El Ministerio de Salud actualiza permanentemente el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) para asegurar la inclusión de trombolíticos de alta efectividad y especificidad fibrinogénica u otros medicamentos de alta eficiencia.

Artículo 23. Rendición de cuentas ante el Congreso

El ministro de Salud presenta anualmente ante la Comisión de Salud y Población de la Cámara de Diputados un informe detallado sobre los avances en la implementación del Código Infarto, tasas de reperfusión, reducción de mortalidad e inversión realizada.

Artículo 24. Implementación progresiva y fases territoriales

La implementación del Código Infarto se ejecuta de manera progresiva en tres fases anuales, iniciando en las redes con mayor carga epidemiológica y expandiéndose a la totalidad de las RIS del país.

Artículo 25. Financiamiento

25.1. Se incorpora, formalmente, la atención integral del infarto agudo de miocardio y la implementación operativa del Código Infarto como componente dentro del **Programa Presupuestal 0018 "Enfermedades No Transmisibles"** del Presupuesto por Resultados (PpR), del sector salud.

25.2. Las entidades del sector salud reasignan y priorizan créditos presupuestarios dentro de dicho Programa Presupuestal para financiar la compra de fibrinolíticos, insumos, tele-electrocardiografía y capacitación, garantizando la sostenibilidad fiscal en concordancia con la Constitución Política.

Artículo 26. Evaluación periódica

El Ministerio de Salud, con apoyo del Instituto Nacional de Salud y la comunidad médica, realiza la revisión técnica quinquenal de los protocolos de actuación para incorporar nuevos avances biomédicos y farmacológicos.

Artículo 27. Difusión y concientización ciudadana

27.1. El Ministerio de Salud y los medios de comunicación de titularidad estatal desarrollan campañas permanentes de difusión sobre el reconocimiento de los síntomas del infarto y el uso de las líneas de emergencia que el sistema de salud pone a su disposición.

27.2. El Ministerio de Salud, en articulación con los Gobiernos Regionales, el Ministerio de Educación y organizaciones de la sociedad civil, implementa programas nacionales de capacitación y entrenamiento a la ciudadanía en soporte vital básico, reanimación cardiopulmonar (RCP) básica, compresiones torácicas y primer contacto ante el infarto

agudo de miocardio, priorizando su ejecución en instituciones educativas, centros de trabajo y espacios comunitarios.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Reglamentación y Guías Técnicas

El Poder Ejecutivo, aprueba el Reglamento de la presente ley en un plazo no mayor a sesenta (60) días calendario contado a partir de su publicación.

SEGUNDA. Adecuación del Reglamento de la Ley de Emergencias Médicas

Se modifica el Reglamento de la Ley 27604, Ley que modifica la Ley 26842, Ley General de Salud, para precisar que la oclusión coronaria aguda con elevación del segmento ST constituye una emergencia médica de prioridad 1 con obligación de atención e inicio de reperfusión inmediata sin condicionamiento de pago ni trámite administrativo previo.

TERCERA. Adecuación de la Estructura del PP 0018 "Enfermedades No Transmisibles"

El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), a través de la Dirección General de Presupuesto Público, en coordinación con el Ministerio de Salud, adecúa la estructura funcional programática del Programa Presupuestal 0018 "Enfermedades No Transmisibles" en un plazo de treinta (30) días hábiles, incorporando los clasificadores y metas físicas para el Código Infarto.

CUARTA. Aprobación del Plan Nacional de Cierre de Brechas

El Ministerio de Salud aprueba mediante Resolución Ministerial el Plan Nacional de Cierre de Brechas de Reperfusión Cardiovascular en un plazo no mayor a ciento veinte (120) días calendario de la vigencia del Reglamento.

QUINTA. Estandarización de tarifas para el Intercambio Prestacional

El Seguro Integral de Salud (SIS), FISSAL y EsSalud adecúan y estandarizan sus tarifarios de atención de emergencia cardiovascular e Intervención Coronaria Percutánea para simplificar la liquidación de prestaciones con IPRESS privadas dentro de los noventa (90) días calendario de aprobada la normal.

Lima, 18 de noviembre de 2026

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ROCHA GALLEGOS Roxana Maria FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19/11/2026 11:40:37-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: MARTINEZ PAITAN Paola Isabel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18/11/2026 16:37:00-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: YALTA SOTELO Carlos Alberto FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19/11/2026 15:07:15-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: BAELLA MALCA Jose Isidro FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19/11/2026 12:04:04-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ARANDA VASQUEZ Christian FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19/11/2026 12:58:17-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: KRKLEC TORRES Frank FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19/11/2026 15:27:02-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: ZEBALLOS APONTE Jorge Arturo FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19/11/2026 12:29:36-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: YONZ NUÑEZ Mady Veronica FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19/11/2026 14:42:29-0500

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA PÚBLICO: EL INFARTO COMO EMERGENCIA TIEMPO-DEPENDIENTE

Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de muerte en el Perú[1], con el infarto agudo de miocardio (IAM) como uno de los principales factores en esta carga sanitaria, según nos informa el doctor Félix Medina Palomino, actual presidente de la Sociedad Peruana de Cardiología[2]. En términos concretos, cada hora cuatro peruanos sufren un IAM y uno de ellos fallece sin recibir atención oportuna.

El infarto agudo de miocardio es una patología en la que el beneficio clínico de la reperfusión[3] (restablecer el flujo sanguíneo en la arteria ocluida) disminuye drásticamente a medida que pasa el tiempo. La falta de atención entre el inicio de los síntomas, la toma e interpretación del electrocardiograma (ECG), la decisión médica, la fibrinólisis o el ingreso a hemodinámica y la aplicación del tratamiento de urgencia aumenta la necrosis miocárdica, la insuficiencia cardíaca, el shock cardiogénico, la discapacidad y la mortalidad.

En nuestro país, la causa o raíz del problema no se limita a la falta de salas de hemodinámica o de equipamiento complejo. Existe una brecha crítica entre la evidencia médica y la ejecución oportuna de la reperfusión, debido a la ausencia de un procedimiento apropiado, una ruta coordinada capaz de reconocer al paciente en el primer punto de contacto, realizar e interpretar un ECG de inmediato, activar la alerta clínica, iniciar el tratamiento inicial y coordinar el traslado a un centro resolutivo.

De otro lado, la dispersión geográfica del país y la concentración de la capacidad intervencionista en pocas ciudades principales impiden que exista un acceso equitativo a la salud. Esto hace inviable aplicar un modelo único basado exclusivamente en angioplastia primaria para todos los pacientes del territorio nacional.

Otro factor crucial, de carácter organizativo, al no existir un flujo estandarizado, es que los establecimientos sin salas de hemodinámica quedan excluidos de la respuesta asistencial, con lo que se desaprovecha esos centros de menor complejidad, en lugar de actuar como nodos activos para administrar fibrinólisis temprana (estrategia farmacoinvasiva) antes de transferir al paciente cuando la angioplastia inmediata no sea geográficamente factible.

---

[1] Fuente: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1030798-enfermedades-cardiovasculares-son-la-primera-causa-de-muerte-en-nuestro-pais

[2] MEDINA-PALOMINO, F. «Código Infarto Perú»: hora cero para una estrategia de país, en Revista Peruana de Cardiología, Volumen 50 • Número 2 • 2025. Disponible en: https://www.revistaperuanadecardiologia.com/portadas/rperc_25_50_2.pdf

[3] La reperfusión es el restablecimiento del flujo sanguíneo en un área del cuerpo que ha experimentado una interrupción temporal, como en el caso de un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

II. EVIDENCIA QUE SUSTENTA EL PROBLEMA

De acuerdo con la información oficial presentada por el Ministerio de Salud (MINSA)[4], EsSalud (INCOR) y los registros de emergencias de SUSALUD, en el Perú se registran en promedio más de 100 infartos agudos al miocardio por día, de los cuales, aproximadamente, el 30 % de los pacientes fallece antes de llegar a un hospital o recibir atención médica.

Los aspectos más relevantes que ilustran esta dramática realidad son los siguientes:

1. Se estima que ocurren más de 100 infartos diarios en el país, falleciendo el 30% de las personas antes de acceder a un establecimiento de salud[5], lo que evidencia la urgencia de contar con una red de respuesta inmediata como el Código Infarto.

2. Población en riesgo alto (MINSA 2025): Solo durante el año 2025, el MINSA registró a más de 57,000 personas en riesgo cardiovascular alto o muy alto, siendo la hipertensión arterial el principal factor desencadenante[6].

3. Perfil del paciente e incremento en menores de 50 años: En el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) de EsSalud, el 80 % de los atendidos por infarto son hombres (mediana de edad de 66 años), advirtiéndose un preocupante incremento de casos en adultos menores de 50 años tras la pandemia[7].

4. Tendencia epidemiológica nacional: El análisis de más de 28,000 emergencias por infarto en SUSALUD refleja un aumento en la tasa estandarizada de eventos por 100,000 habitantes, con mayor concentración de casos en regiones como Callao, San Martín y Loreto. La tasa nacional estandarizada por edad se incrementó de 22,77 en 2018 a 25,60 por 100 000 personas en 2023, con una variación porcentual anual de 6,72% (IC 95%: 4,25-9,25). Los hombres presentaron tasas de eventos de IAM más altas comparado con las mujeres en todo el periodo de estudio[8].

---

[4] Fuente: https://andina.pe/agencia/noticia-minsa-alerta-que-el-peru-se-registran-mas-100-infartos-agudos-al-miocardio-al-dia-1031373.aspx

[5] Ministerio de Salud. "Chequéate hoy, mañana y siempre": más de 100 infartos se registran al día en el Perú. Lima, Perú: MINSA; 2025. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1177182-chequeatehoy-manana-y-siempre-mas-de-100-infartos-se-registran-al-dia-en-el-peru

[6] Fuente: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1365317-dia-de-la-cardiologia-minsa-registra-mas-de-57-mil-personas-que-tienen-riesgo-alto-a-padecer-enfermedades-cardiacas

[7] Fuente: https://andina.pe/agencia/noticia-aumentan-infartos-menores-50-anos-senales-pueden-aparecer-48-horas-antes-1069940.aspx

[8] Hernández-Vásquez, A., Vargas-Fernández, R., Chacón-Díaz, M. "Tendencias en la epidemiología del infarto agudo de miocardio en el Perú: un análisis de los registros oficiales de SUSALUD".2024. Disponible en: https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/5300

III. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo General

Fortalecer la prevención, diagnóstico, atención, tratamiento, recuperación y seguimiento de las enfermedades cardiovasculares, así como establecer el marco nacional para la organización, articulación e implementación progresiva del Código Infarto en el Perú, con especial énfasis en la atención oportuna del infarto agudo de miocardio.

Objetivos Específicos

a) Reducir la mortalidad, complicaciones y discapacidad: Disminuir las muertes evitables, el reinfarto, la insuficiencia cardíaca y el shock cardiogénico asociados al infarto agudo de miocardio mediante diagnóstico temprano y tratamiento de reperfusión dentro de la ventana terapéutica.
b) Institucionalizar el Código Infarto como estrategia funcional: Implementar un conjunto coordinado de procesos clínicos y logísticos integrado transversalmente a las Redes Integradas de Salud (RIS) y al sistema de salud vigente (MINSA, EsSalud, FF.AA./PNP y sector privado), sin crear un organismo ni red administrativa paralela.
c) Garantizar la reperfusión equitativa y adaptada al territorio: Facilitar el acceso a Intervención Coronaria Percutánea (ICP) primaria cuando sea realizable dentro del tiempo clínico apropiado y, cuando el acceso inmediato no sea factible por distancia o capacidad, aplicar la estrategia farmacoinvasiva (fibrinólisis temprana y traslado para evaluación invasiva).
d) Optimizar la identificación temprana y el diagnóstico electrocardiográfico: Priorizar la evaluación de síntomas de síndrome coronario agudo, asegurando la realización e interpretación oportuna del electrocardiograma (ECG) en los puntos de primer contacto asistencial.
e) Aprovechar la telesalud para la decisión clínica: Promover el uso de la tele-electrocardiografía y sistemas seguros de comunicación médica para la lectura remota de ECG, el soporte en la decisión de reperfusión y la coordinación del traslado.
f) Priorizar el transporte y la referencia médica: Agilizar los flujos prehospitalarios, el transporte asistido y las redes de referencia y contrarreferencia reconociendo al infarto agudo de miocardio como una emergencia tiempo-dependiente.
g) Formular el Plan Nacional de Cierre de Brechas: Diseñar un mapa territorial de capacidades que identifique la oferta pública y complementaria de reperfusión, priorizando zonas aisladas y evaluando la viabilidad de fortalecer centros cardiovasculares macrorregionales de referencia.
h) Facilitar el acceso complementario y el intercambio prestacional: Habilitar acuerdos predefinidos de referencia y contratación con IPRESS públicas,

i) privadas o mixtas acreditadas cuando la capacidad pública propia resulte insuficiente para la atención inmediata de la emergencia.
j) Estandarizar indicadores de calidad y vigilancia: Fortalecer e interoperar los sistemas de información existentes para medir tiempos de atención, tasa de reperfusión, complicaciones y mortalidad, asegurando la evaluación comparativa y la mejora continua.

IV. FUNDAMENTACIÓN DE LA INICIATIVA

La presente iniciativa, se sustenta en el derecho a la salud, establecido en los artículos 7 y 9 de la Constitución. A partir de lo preceptuado por esas normas constitucionales es necesario viabilizar y garantizar el acceso a servicios de emergencia y respuesta oportuna ante enfermedades tiempo-dependientes. El problema no se debe a la ausencia de tecnología, sino a la falta de una red nacional funcional e integrada que aborde el IAM como una prioridad de Estado.

En el Perú, la dispersión geográfica y la concentración de capacidad intervencionista impiden aplicar una solución terapéutica única. Por ello, la propuesta adopta el principio de reperfusión oportuna y adaptada al territorio: Intervención Coronaria Percutánea (ICP) primaria cuando sea realizable a tiempo, y estrategia farmacoinvasiva (fibrinólisis temprana y traslado para evaluación invasiva) cuando la angioplastia inmediata no sea factible. La estrategia se denomina "Código infarto"

El Código Infarto se define operativamente como un conjunto coordinado de procesos clínicos y logísticos. No constituye un organismo público, pliego presupuestal ni red temática independiente. Se articula transversalmente a las Redes Integradas de Salud (RIS) reguladas por la Ley 30885 y a la infraestructura existente de EsSalud, Sanidades de las FF.AA./PNP y el sector privado.

"Modelos como el español demuestran que las redes coordinadas con angioplastia primaria 24/7 y protocolos claros pueden reducir la mortalidad a menos del 8% en 30 días6, sugiriendo que es posible equilibrar las diferencias territoriales mediante protocolos estandarizados y un registro auditado (p. ej., el «Programa Gallego de Atención al Infarto Agudo de Miocardio» [PROGALIAM], en Galicia). En Costa Rica, el «Código Infarto CRATER» combina estrategias de fibrinólisis y angioplastia primaria según los tiempos y la geografía, optimizando el acceso7. La lección es clara: estas redes no se improvisan; requieren liderazgo político, financiación sostenible, protocolos unificados, infraestructura y gobernanza territorial."[9]

[9] MEDINA-PALOMINO, F. «Código Infarto Perú»: hora cero para una estrategia de país, en Revista Peruana de Cardiología, Volumen 50 • Número 2 • 2025. Disponible en: https://www.revistaperuanadecardiologia.com/portadas/rperc_25_50_2.pdf

V. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS Y FUENTES UTILIZADAS

Los Proyectos de Ley 521/2021-CR, 7199/2023-CR y 7362/2023-CR dieron origen a la Autógrafa "Ley de promoción de la salud y prevención de enfermedades cardiovasculares", aprobada por el Pleno el 5 de diciembre de 2024 y remitida al Poder Ejecutivo el 20 de diciembre de 2024. Respecto a ellas, con fecha 20 de enero de 2025, el Poder Ejecutivo formuló observaciones mediante el Oficio N.° 035-2025-PR, devolviendo el expediente a la Comisión de Salud y Población.

El análisis técnico-jurídico de las observaciones del Ejecutivo reveló serios problemas de técnica legislativa, duplicidad normativa, rigidez en la organización de redes e impacto presupuestal no financiado. La presente propuesta realiza una reformulación integral: mantiene el núcleo sanitario valioso de la iniciativa original, pero transforma su arquitectura legal. No crea una red administrativa paralela (eliminando la propuesta RENACI), no ordena inversiones ni adquisiciones directas, y concentra el mandato en la organización funcional de la respuesta clínica dentro de las redes y competencias ya existentes.

VI. SECTORES COMPRENDIDOS

1. Entidades Públicas

a) **Ministerio de Salud (MINSA):** Ejerce la rectoría sanitaria nacional, responsable de emitir y actualizar los lineamientos técnicos del Código Infarto, articular a los actores del sistema, dirigir el Plan Nacional de Cierre de Brechas y supervisar la medición de indicadores.
b) **Seguro Social de Salud (EsSalud):** Integra sus redes asistenciales e infraestructura de atención crítica al esquema del Código Infarto, colaborando en la formulación de planes territoriales e intercambio prestacional.
c) **Gobiernos Regionales (GORE):** A través de sus Direcciones y Gerencias Regionales de Salud (DIRESA/GERESA), organizan los flujos asistenciales y las rutas de traslado en el marco de las Redes Integradas de Salud (RIS) dentro de sus territorios.
d) **Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú (PNP):** Incorporan sus centros de salud y unidades médicas de emergencia al sistema funcional de respuesta ante el síndrome coronario agudo.
e) **Ministerio de Economía y Finanzas (MEF):** Coordina con la autoridad sanitaria el análisis de sostenibilidad fiscal, la evaluación de alternativas de financiamiento e impacto presupuestario de la expansión progresiva de capacidades
f) **Instituciones Académicas e Investigadoras Estatales:** Promueven la investigación clínica, epidemiológica y de servicios de salud en enfermedades cardiovasculares.

2. Entidades Privadas y Mixtos

a) **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Privadas y Mixtas:** Clínicas y centros especializados que ofrecen atención prehospitalaria,

b) de emergencia, cardiología, hemodinámica y cuidados intensivos. Participan activamente a través de mecanismos de contratación complementaria e intercambio prestacional cuando la capacidad pública propia sea insuficiente para atender la emergencia.
c) **Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS)** Públicas y Privadas: Responsables del financiamiento, auditoría y cobertura de las prestaciones médicas de emergencia, garantizando la trazabilidad financiera.
d) **Comunidad Médica, Científica y Personal Asistencial:** Sociedades médicas, cardiólogos, médicos de emergencias y personal técnico que se benefician de los programas institucionales de capacitación continua y ejecutan los protocolos de diagnóstico (ECG) y telesalud
e) **Universidades e Instituciones Académicas Privadas:** Participan en la investigación epidemiológica y la formación del talento humano especializado.

VII. NORMAS QUE SE MODIFICAN Y DEROGAN

De conformidad, con el objeto de la presente propuesta legislativa, deberá modificarse la norma que diseña el Programa Presupuestal 0018 Enfermedades no transmisibles, para poder incorporar el infarto al miocardio y añadirlo como otro componente, a las enfermedades que ya están incluidas. Cabe indicar que El Programa Presupuestal 0018 Enfermedades No Transmisibles (ENT), se diseñó en el año 2010, en atención a lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley de Presupuesto para el año fiscal 2010, Ley 29465, cuyo resultado específico es "Reducir la morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles en la población", cuyas patologías fueron especificadas téçnicamente, mediante la RM. 907-2016-MINSA

VIII. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

La propuesta legislativa es coherente con lo establecido en el Artículo 79 de la Constitución y Jurisprudencia del Tribunal Constitucional (STC Exp. 00018-2023-PI/TC del 16 de junio de 2026), esto es, guarda estricta conformidad con la prohibición de iniciativa de gasto parlamentario, esta ley no crea ni incrementa gasto público.

La propuesta distingue entre la organización sanitaria inmediata realizable con recursos institucionales vigentes y las decisiones de expansión de capacidad (nuevas salas de hemodinámica, plazas o equipamiento), las cuales quedan bajo la competencia exclusiva del Poder Ejecutivo, conforme a la programación multianual y la sostenibilidad fiscal

Costo Fiscal: La propuesta organiza capacidades existentes y no constituye por sí misma fuente de gasto público. Se trata de una reorganización sanitaria que se ejecuta dentro de los presupuestos e instrumentos institucionales existentes, reservando las decisiones de expansión de capacidad (infraestructura, equipos, plazas) a la competencia exclusiva del Poder Ejecutivo.

Beneficios Sanitarios: Reducción sustancial de muertes evitables, shock cardiogénico e insuficiencia cardíaca al elevar la tasa de reperfusión dentro de la ventana terapéutica.

Beneficios Económicos y Sociales: Disminución de pérdidas de productividad por invalidez o muerte prematura en población económicamente activa, reduciendo además los costos de hospitalizaciones prolongadas y reingresos para el Estado y las familias.

Eficiencia del Gasto Público: Al sustituir la creación de nuevas estructuras administrativas (como la RENACI) por articulación funcional, se evitan duplicidades presupuestarias.

IX. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La propuesta legislativa se integra de forma armónica en el ordenamiento jurídico nacional sin derogar competencias sectoriales. Modula y complementa la aplicación de las siguientes normas legales:

a) Ley N.° 26842, Ley General de Salud: Reafirma la atención prioritaria e inmediata de la emergencia cardiovascular.
b) Ley N.° 30885, Ley de Redes Integradas de Salud (RIS): Organiza los flujos prehospitalarios y hospitalarios de reperfusión sobre la estructura de las RIS.
c) Ley N.° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud: Facilita el intercambio prestacional público-privado en emergencias cardiovasculares sin distorsionar la cobertura de las IAFAS.
d) Ley N.° 30421, Ley Marco de Telesalud: Promueve la tele-electrocardiografía para el diagnóstico precoz a distancia.

X. ANÁLISIS DE IMPACTO AMBIENTAL

Dada su naturaleza eminentemente técnico-sanitaria, organizacional y procedimental, la presente propuesta legislativa no genera ningún impacto directo ni indirecto sobre el medio ambiente ni los recursos naturales.