PL 521/2021-CR
Y OTROS

- SALUD Y POBLACIÓN

CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00220-2026-2031-CD
RU 21540-CD ACTUALIZADA
14 SEPTIEMBRE 2026 08:04 p. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: ASABARIAN

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Área de Trámite Documentario
20 ENE. 2025
RECIBIDO
Firma: Hora: 4:18

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana".

OFICIO Nº 035-2025–PR

Lima, 18 de enero de 2025

Señor
EDUARDO SALHUANA CAVIDES
Presidente del Congreso de la República
Presente. -

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted, con relación a la Autógrafa de Ley de promoción de la salud y prevención de enfermedades cardiovasculares. Al respecto consideramos conveniente observarla por lo siguiente[1]:

De la Autógrafa de Ley

1. La autógrafa de Ley tiene por objeto establecer disposiciones que coadyuven a la promoción de la salud y a la prevención del riesgo de padecimiento de enfermedades cardiovasculares con especial énfasis en el infarto agudo de miocardio, así como prever la cobertura universal, gratuita y permanente de las prestaciones de salud relacionadas a dichas enfermedades cardiovasculares.

Observaciones a la Autógrafa de Ley

Sobre los artículos 1 y 2

2. El artículo 1 referido al objeto desarrolla dos ideas: coadyuvar en la *promoción* y *prevención* de las enfermedades cardiovasculares; y establecer la *cobertura universal*, gratuita y permanente. No obstante, a lo largo de la autógrafa se identifican disposiciones vinculadas con otros aspectos, como son la *atención* y/o el *tratamiento* de las enfermedades cardiovasculares - ECV, como son, por ejemplo, el numeral 4.3 del artículo 4, los literales e), f) y g) del artículo 6. En ese sentido, resultaría coherente que el objeto también comprenda el concepto de *atención y/o recuperación*.

   De modo semejante, el artículo 1 también comprende la "*cobertura universal, gratuita y permanente*" de las prestaciones de salud de las ECV; sin embargo, en el articulado no se identifica a alguna disposición de desarrollo, salvo la de la prohibición de la denegación de la atención. A la vez, el artículo 2 al referirse al ámbito de aplicación menciona a los "*demás subsectores*" sin que exista claridad respecto a qué entidades o instituciones se refiere, pues el marco legal del Sector Salud[2] no contempla este supuesto.

   Esto además resulta incoherente con lo previsto en el artículo 4 de la autógrafa, la cual contempla el desarrollo de estrategias orientadas a la promoción de la salud de los factores de riesgo, en coordinación con los "*distintos sectores involucrados*". Siendo ello así, no se comprende por qué el ámbito de aplicación de la autógrafa recae en los "subsectores", mientras que en el desarrollo se menciona a los "sectores".

1 Sobre la base del Informe Nº D000007-2025-OGAJ-MINSA y el Informe N° 0006-2025-EF/46.01.
2 Decreto Legislativo Nº 1161 que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, "Artículo 4.- Sector Salud. El Sector Salud, está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la presente Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva".

Sobre el artículo 3

3. Respecto a la "prohibición de denegación en la atención integral, gratuita y oportuna", pues además de referirse a cualquier atención de una ECV, sin distinguir entre una atención ambulatoria, hospitalaria o de emergencia, la redacción asume, implícitamente, que es posible "negar" dicha atención y que ahora se pretende prohibirla.

   A este respecto, se debe señalar que existe un marco general que establece las reglas de atención, las cuales prohíben toda negativa arbitraria, así como el canal de atención que corresponde, según la condición de la persona y de su pertenencia a una determinada entidad. Así, podemos referirnos a la atención de emergencia, la cual, independientemente de cualquier diagnóstico, debe ser garantizada por todo establecimiento de salud público, privado o mixto.

   En efecto, la Ley General de Salud, Ley N° 26842, modificada por la Nº 27604[3] establece en su artículo 3 que toda persona tiene derecho a una atención de emergencia, mientras que los establecimientos están en la obligación de brindarla[4]; aspecto que incluye a la persona con una ECV en condición de emergencia y que debe ser atendida en cualquier establecimiento de salud público, privado o mixto, sin ningún tipo de condicionamiento.

   Al mismo tiempo, se debe recordar que esta Ley N° 26842, modificada por la Ley N° 29414, en el numeral 3 de su artículo 15 referido a la "Atención y recuperación de la salud" señala que toda persona tiene derecho a ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad *sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo*. En otras palabras, la atención y la recuperación, no pueden estar restringidas o condicionadas por motivos prohibidos.

   La regulación propuesta en este extremo resulta poco razonable, más aún, cuando a la prohibición de la "denegación" fáctica agrega la palabra "gratuita", pues esto significaría que cualquier persona acuda a cualquier establecimiento de salud público, privado o mixto por una ECV y reciba una atención bajo dicha condición, cuando precisamente ya existe un marco legal que regula la atención de emergencia y permite el acceso con la cobertura de un seguro de salud, dependiendo de la situación de la persona.

   Para tal efecto, se debe tener presente a La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud - LMAUS, Ley N° 29344, en cuyo artículo 3, se indica que el "*aseguramiento universal en salud (...) es un proceso orientado a lograr que toda la población (...), dispongan de un* ***seguro de salud*** *que les permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación (...).*" (Resaltado agregado).

   Para tal efecto, la LMAUS a través de su artículo 19 establece los regímenes de afiliación con reglas de pertenencia a cada uno de ellos: sea contributivo a cargo principalmente del Seguro Social de Salud - ESSALUD, subsidiado o semicontributivo a cargo del Seguro Integral de Salud - SIS. El propósito de esta diferencia, entre otros aspectos, es que el

---

3 Ley Nº 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud Nº 26842, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de Emergencias y Partos.

4 "Artículo 3.- 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. Después de atendida la emergencia, el reembolso de los gastos será efectuado de acuerdo a la evaluación del caso que realice el Servicio Social respectivo, en la forma que señale el Reglamento. Las personas indigentes debidamente calificadas están exoneradas de todo pago. (...)."

Estado pueda subsidiar en materia de salud, total o parcialmente, a quienes lo requieran, y que aquellas personas que cuenten con aportes de sus empleadores o tengan capacidad de aportar, puedan contribuir con la sostenibilidad del sistema al cual pertenezcan.

Esto explica que el marco legal del desarrollo del Aseguramiento Universal en Salud - AUS contemplara la gratuidad de las atenciones para las personas afiliadas al régimen subsidiado, tal como como se observa del artículo 10 del Decreto Legislativo N° 1163[5], en el cual se precisa que los establecimientos de salud deben garantizar las atenciones, sin exigencias de cobro, lo cual incluye a las atenciones referidas a las enfermedades cardiovasculares.

Del mismo modo, la propuesta de regulación para que la atención de las ECV se realice "*acorde a la capacidad resolutiva del establecimiento de salud, el cual procede acorde a la normatividad sobre la materia y efectúa la referencia o contrarreferencia*" contemplada también en el artículo 3 tampoco resultaría necesaria, pues toda atención, precisamente, se realiza de acuerdo con la capacidad resolutiva de los establecimientos, y las referencias se atienden cuando se presenta dicha necesidad.

En efecto, la Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" establece, entre otros aspectos, que todos los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos deben estar categorizados y que aquellos que no estén en capacidad de resolver las necesidades de salud de un usuario, deberán referirlo para la continuidad de la atención a otro establecimiento de salud que cuente con la oferta de servicios de salud disponible y requerida.

En esa misma línea, la Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud (N T Nº 018-MINSA/DGSP-V.01), establece la normativa para la organización, los procesos y procedimientos administrativos – asistenciales del sistema de referencia y contrarreferencia, en los distintos niveles de organización del MINSA para garantizar la continuidad de la atención de salud y contribuir a solucionar los problemas de salud de la población.

A la luz de las citadas disposiciones, una nueva regulación respecto a una "prohibición de denegación en la atención integral, gratuita y oportuna" y que la atención sea "*acorde a la capacidad resolutiva del establecimiento de salud, el cual procede acorde a la normatividad sobre la materia y efectúa la referencia o contrarreferencia,* resultaría innecesaria en los términos planteados, salvo que sea modificada o precisada en sus alcances.

Sobre el artículo 4

4. El artículo 4 relacionado a la promoción y prevención, abarca dos aspectos, por un lado, estrategias de promoción para prevenir las ECV y el fortalecimiento de los Recursos Humanos y, de otro lado, la creación de una base de "datos médicos" para el seguimiento y la adopción de medidas, en caso corresponda.

   Al respecto, resulta conviene tener presente el Decreto Legislativo N° 1161[6], el cual establece, entre las funciones rectoras del MINSA, la de formular, planear, dirigir, coordinar,

---

5 Decreto Legislativo Nº 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
6 Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud – MINSA aprobada por el Decreto Legislativo N° 1161.

ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de *promoción de la salud*. De manera similar, la Ley Nº 30895[7], señala que la finalidad del MINSA es la *promoción* de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación de la salud de la población.

Para mayor alcance, se debe tomar en cuenta la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, aprobada por el Decreto Supremo N° 026-2020-SA, la cual ya contempla como uno de sus objetivos prioritarios "*Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población, el cual está orientado a desarrollar en las personas hábitos, conductas y estilos de vida saludables con la finalidad de disminuir los factores causales de la pérdida de años de vida saludables por discapacidad o por muerte prematura, en los que tiene responsabilidad la persona y familia a través de sus conductas.*

Por tanto, el MINSA tiene dentro de sus funciones las de prevención y promoción de la salud. Esto explica que el MINSA haya desarrollado actividades de promoción y prevención en enfermedades cardiovasculares[8]. En ese sentido, sugerimos que deba evaluarse este tipo de funciones, para evitar que exista posible sobre regulación en las competencias con que ya cuenta el MINSA.

De otro lado, con relación a las medidas a cargo del MINSA para contar con una base nacional de datos médicos con el fin de "*monitorizar los tiempos relacionados al sistema (sic) y el seguimiento posterior de esos pacientes (sic) con el fin de tomar medidas (...) sobre sus resultados*", resulta necesario revisar la redacción para explicar el contenido y el desarrollo de la citada base y respecto de qué seguimiento será responsable dicho ministerio, pues no queda claro si nos estamos refiriendo a los datos de los pacientes u otro tipo de datos.

Además, debe tomarse en cuenta que su diseño, desarrollo y mantenimiento requerirá necesariamente de financiamiento.

Sobre el artículo 6

5. En lo que concierne al artículo 6 referido a la "autorización" del sector de salud para la adquisición o la renovación tecnológica del equipamiento biomédico y la ampliación y mejoramiento de la infraestructura hospitalaria cardiovascular, con la creación de unidades de angioplastia para el tratamiento del tratamiento del infarto agudo de miocardio, cabe señalar que no existe una restricción en el marco legal, para que justifique una regulación de "autorización", por cuando, las entidades del Sector Salud tienen facultades para ello, en el marco de sus competencias.

   Para mayor alcance, se debe tomar en cuenta lo regulado por la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, la cual contiene disposiciones como su artículo 15, donde se prevé las reglas para la formulación del plan de anual de contrataciones de cada entidad, así como su contenido, y en el cual se debe prever las contrataciones de *bienes*, servicios y obras.

   Similar observación se advierte en la propuesta de regulación de la distribución de

---

7 Ley Nª 30895 que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud

8 A modo de ejemplo, de las campañas realizadas por el MINSA en el marco del Día del Corazón, https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/655525-el-50-8-de-personas-de-60-anos-a-mas-tienen-muy-alto-riesgo-de-padecer-de-enfermedades-cardiovasculares y https://www.gob.pe/institucion/saludpol/noticias/305057-dia-mundial-del-corazon

unidades de angioplastia, la estandarización y monitoreo del uso de recursos, así como la atención y control de las ECV a través de los servicios de telemedicina, pues la autógrafa prevé la "autorización a las entidades del sector salud" para desarrollar dichas actividades, suponiendo que existe una restricción para ello.

En una línea similar se encuentran las "autorizaciones" previstas en la autógrafa para el "fortalecimiento" del intercambio prestacional, el "fortalecimiento de una red de ambulancias" y la "creación" de institutos cardiovasculares en las macro regiones del norte, sur, centro, el oriente y Lima, encargados de la atención de la ECV, en forma descentralizada, regionalizada y oportuna.

A este respecto, no es necesaria una autorización legal para desarrollar dichas actividades.

Sobre el artículo 11

6. De otro lado, con relación a la creación de la Red Nacional Cardiaca del Infarto Agudo de Miocardio (RENACI), si bien se debe rescatar el ánimo de contar con una estrategia para garantizar la atención integral, oportuna y descentralizada para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes que tengan dicha condición, también es cierto la importancia de considerar la regulación de las Redes Integradas de Salud – RIS.

   Es importante tener en cuenta que para el abordaje de las enfermedades cardiovasculares se considere un enfoque de red, pero de manera integral y sistémica, potenciando el conjunto de establecimientos de salud no de manera separada. En ese sentido, se debe tomar en cuenta la importancia de contar con una sola red territorial para organizar y alcanzar la coordinación del cuidado integral de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención, y no de redes temáticas o por patologías.

Análisis presupuestal de la Autógrafa de Ley

7. La propuesta legal incluye diversas medidas que involucran la disposición de recursos públicos, toda vez que busca garantizar la cobertura universal, gratuita y prioritaria en promoción y prevención de los servicios de salud para todos los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio. Cabe mencionar que las medidas indicadas, citadas en los artículos 4, 5, 6, 7, 8 (literales a, b y e), 9, 10, 11, y la Tercera Disposición Complementaria Final de la Autógrafa de Ley, no se encuentran previstas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025; y, si bien la Autógrafa de Ley cuenta con una disposición sobre su financiamiento (Tercera Disposición Complementaria Final), **la misma corrobora que la propuesta normativa genera gasto público, debido a que se dispone que el Ministerio de Salud coordine con el Ministerio de Economía y Finanzas para la asignación de recursos y medidas presupuestarias necesarias para la ejecución de la norma**. Por otro lado, es pertinente señalar que corresponde al MINSA definir la organización y priorización de los servicios de salud de manera sistémica en torno a la problemática sanitaria o en torno a una patología como es el caso de la propuesta normativa.

   Asimismo, de la revisión del Análisis Costo Beneficio, de la Exposición de Motivos (EM) del Texto Sustitutorio del Dictamen recaído en el Proyecto de Ley N° 521/2021-CR, antecedente de la Autógrafa de Ley, se advierte que el mismo es contradictorio con lo establecido en la Tercera Disposición Complementaria Final, sobre el financiamiento de la Autógrafa de Ley, toda vez que indica que, la iniciativa legislativa *"(...) no genera gastos adicionales en el presupuesto del Sector Público, al no demandar recursos adicionales por*

*las siguientes razones: * La implementación de la Ley y su reglamento (...) utilizará el presupuesto asignado.*" Es pertinente mencionar que en dicho acápite, la Exposición de Motivos no presenta un análisis costo beneficio en términos cuantitativos y cualitativos que indique los costos de su implementación, que demuestre que el MINSA cuenta el recurso humano especializado suficiente para garantizar su operatividad, considerando que desde ejercicios presupuestales anteriores presenta un problema de brecha de recursos humanos; y, además no presenta una evaluación presupuestal que evidencie la disponibilidad de los créditos presupuestarios en el presupuesto institucional del Pliego Ministerio de Salud que sean necesarios para la implementación de la propuesta normativa para el Año Fiscal 2025, así como para su sostenibilidad en los siguientes años fiscales, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

En esa línea, considerando que no se cuenta con el sustento indicado en el párrafo precedente, la Autógrafa de Ley no cumple con las reglas para la estabilidad presupuestaria reguladas en los incisos 3 y 4 del numeral 2.2 del artículo 2 de la Ley N° 32186, Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025[9], reglas que indican que todo proyecto normativo que genere gasto debe estar acompañado de dicho análisis que muestre el impacto de su aplicación en el Presupuesto del Sector Público.

De igual manera, es importante señalar que, de aprobarse las medidas propuestas, se debe tener en cuenta que los costos que implique su implementación constituirán gastos de carácter permanente, costo financiero que podría incrementarse en el tiempo generando costos que afectarían la Caja Fiscal y, por tanto, tendrán impacto en el Presupuesto del Sector Público, más aún cuando en la exposición de motivos de la propuesta normativa no se ha determinado el costo de implementación de estas medidas.

En adición a lo anterior, la implementación de las medidas propuestas, tales como, la adquisición y renovación tecnológica de equipamiento biomédico, la construcción, ampliación y mejoramiento de la infraestructura hospitalaria de niveles II y III y dotarlo con equipo médico especializado, las acciones de estandarización y monitoreo del uso de recursos para establecer estándares técnicos en la adquisición de equipamiento y construcción de infraestructura; la compra de recursos para prevención y tratamiento; las acciones de fortalecimiento de Instituciones de salud pública para desarrollar las evaluaciones tecnológicas sanitarias; el fortalecimiento de una red de ambulancias en caso de comprar más unidades; la creación e implementación de institutos especializados en la materia en varias regiones del Perú; la obligación de instalar equipos externos automáticos en los espacios públicos como por ejemplo en los establecimientos penitenciarios; la implementación de un registro nacional de pacientes vinculados a la propuesta normativa; así como la implementación de una red nacional de salud descentralizada para diagnóstico y tratamiento; entre otros.

---

9 "***Artículo 2.- Estabilidad presupuestaria***
(...)
2.2 Durante el año fiscal 2025, las entidades señaladas en el artículo 3 del Decreto Legislativo 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público, deben cumplir con las siguientes reglas:
(...)
3. En todo dispositivo legal que autorice gastos no previstos en la Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025, se debe especificar el financiamiento, bajo sanción de ineficacia de los actos que se deriven de la aplicación de los dispositivos legales.
4. Los proyectos de normas legales que generen gasto público deben contar, como requisito para el inicio de su trámite, con una evaluación presupuestal que demuestre la disponibilidad de los créditos presupuestarios que pueden ser destinados a su aplicación, así como el impacto de dicha aplicación en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025, y un análisis de costo-beneficio en términos cuantitativos y cualitativos. La evaluación presupuestaria y el análisis costo-beneficio del proyecto de norma deben ser elaborados por el pliego presupuestario respectivo."

Teniendo en cuenta lo señalado, la implementación de las medidas, implicaría una demanda de recursos al Tesoro Público por parte del Pliego Ministerio de Salud, debido a que los recursos para su atención no se encuentran previstos en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2025, aprobado por la Ley N° 32185.

En consecuencia, de implementarse la iniciativa legislativa, se contraviene el Principio de Equilibrio Presupuestario recogido por el inciso 1 del numeral 2.1 del artículo 2 del Decreto Legislativo N° 1440[10] y por el artículo 78 de la Constitución Política del Perú[11].

Por otro lado, teniendo en cuenta que la propuesta legislativa es una iniciativa congresal, es pertinente mencionar que el artículo 79 de la Constitución Política del Perú establece que: *"Los representantes ante el Congreso no tienen iniciativa para crear ni aumentar gastos públicos (...)"*.

En tal sentido, la Autógrafa de Ley genera sobre las entidades públicas involucradas, la responsabilidad de financiar y ejecutar acciones para su implementación, aspecto que es contrario a lo establecido en el numeral 7.3 del artículo 7 del Decreto Legislativo N° 1440[12], que atribuye al Titular de la entidad la responsabilidad por la gestión presupuestaria del Pliego con cargo a su respectivo presupuesto institucional, así como la facultad para priorizar sus gastos, en cumplimiento de sus funciones y obligaciones, y con sujeción al principio de legalidad.

Sobre el fortalecimiento de infraestructura y equipamiento cardiovascular

8. La **fase de Programación Multianual de Inversiones** establece que corresponde a los Sectores, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, en el ámbito de sus respectivas competencias, determinar las brechas de infraestructura o de acceso a servicios públicos, así como definir los objetivos a alcanzar respecto a dichas brechas mediante el establecimiento de metas e indicadores, de acuerdo con los objetivos nacionales, regionales y locales establecidos en la planificación estratégica. Asimismo, sobre la base del diagnóstico de brechas y objetivos establecidos, las entidades definen sus criterios de priorización para la selección de la cartera de inversiones, debiendo considerarse para ello, la capacidad de gasto de capital y del gasto corriente para su operación y mantenimiento, así como la continuidad de las inversiones que se encuentran en ejecución.

---

*10"**Articulo 2. Principios***
2.1 Adicionalmente a los principios de la Administración Financiera del Sector Público y los del Derecho Público en lo que resulte aplicable, el Sistema Nacional de Presupuesto Público se rige por los siguientes principios:
***1. Equilibrio presupuestario:** Consiste en que el Presupuesto del Sector Público está constituido por los créditos presupuestarios que representan el equilibrio entre la previsible evolución de los ingresos y los recursos a asignar de conformidad con las políticas públicas de gasto, estando prohibido incluir autorizaciones de gasto sin el financiamiento correspondiente.*
(...)"
*11 **"Artículo 78.-***
(...)
El proyecto presupuestal debe estar efectivamente equilibrado"
12 ***"Artículo 7. Titular de la Entidad***
(...)
7.3 El Titular de la Entidad es responsable de:
1. Efectuar la gestión presupuestaria (...)
2. Conducir la gestión presupuestaria hacia el logro de las metas de productos y resultados priorizados (...)."
3. Determinar las prioridades de gasto de la Entidad en el marco de sus objetivos estratégicos institucionales que conforman su Plan Estratégico Institucional (PEI), y sujetándose a la normatividad vigente."

Luego de ello, en la **fase de Formulación y Evaluación**[13], mediante los documentos técnicos respectivos (fichas técnicas o estudios de preinversión) que, contiene información técnica y económica del proyecto de inversión, se analiza y decide si su ejecución está justificada, en función de lo cual se determina su viabilidad. Posteriormente, ingresan a la **fase de Ejecución**, que comprende la elaboración del expediente técnico o documento equivalente y la ejecución física de las inversiones. Finalmente, la **fase de Funcionamiento** comprende la operación y mantenimiento de los activos generados con la ejecución de la inversión y la provisión de los servicios implementados con dicha inversión.

Asimismo, de acuerdo con la Directiva N° 001-2019-EF/63.01, Directiva General del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones[14], establece que la programación multianual de inversiones tiene como objetivo lograr la vinculación entre el planeamiento estratégico y el proceso presupuestario, mediante la elaboración y selección de una cartera de inversiones orientada al cierre de brechas prioritarias, ajustada a los objetivos y metas de desarrollo nacional, sectorial y/o territorial.

En ese sentido, se formula observación a la Autógrafa de Ley, toda vez que al señalar que se **priorice la construcción, ampliación, remodelación y acondicionamiento de hospitales de niveles II y III, para la ampliación y mejoramiento de la infraestructura hospitalaria cardiovascular,** vulnera los procesos de la fase de Programación Multianual de Inversiones donde las entidades, a través de la identificación de las brechas de infraestructura y acceso a servicios y de los criterios de priorización, determinan una cartera de inversiones prioritarias. Asimismo, en el caso que, para la adquisición y renovación tecnológica de equipamiento biomédico, se requieran del desarrollo de inversiones públicas se deben cumplir las fases del Ciclo de Inversión.

Finalmente, cabe indicar de manera informativa que, conforme a lo señalado por el equipo sectorial de Salud, Mujer e Inclusión Social de la Dirección de Gestión de Inversiones de la DGPMI, en el Banco de Inversiones15 del SNPMGI[16], las entidades han registrado diez (10) inversiones vinculadas con la Autógrafa de Ley.

Por las razones expuestas, se observa la Autógrafa de Ley, en aplicación del artículo 108 de la Constitución Política del Perú.

Atentamente,

DINA ERCILIA BOLUARTE ZEGARRA
Presidenta de la República

GUSTAVO LINO ADRIANZEN OLAYA
Presidente del Consejo de Ministros

13 Las Inversiones de Optimización, de Ampliación marginal, de Reposición y de Rehabilitación (IOARR) se aprueban.
14 Aprobado por la Resolución Directoral N° 001-2019-EF/63.01
15 Incluye proyectos de inversión registrados por las entidades competentes en el Banco de Proyectos durante la vigencia de la Ley Nº 27293, Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública.
16 De acceso público a través de los siguientes enlaces:
a) Banco de Inversiones https://ofi5.mef.gob.pe/invierte/consultapublica/consultainversiones
b) Sistema de Seguimiento de Inversiones https://ofi5.mef.gob.pe/ssi/ssi/Index

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente:

LEY DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto establecer disposiciones que coadyuven a la promoción de la salud y a la prevención del riesgo de padecimiento de enfermedades cardiovasculares con especial énfasis en el infarto agudo de miocardio, así como prever la cobertura universal, gratuita y permanente de las prestaciones de salud relacionadas a dichas enfermedades cardiovasculares.

Artículo 2. Ámbito de aplicación

La presente ley es aplicable al sector Salud, así como a los demás subsectores incluidas a las entidades públicas, privadas y mixtas cuyas actividades, servicios o productos inciden en el riesgo de que las personas padezcan de enfermedades cardiovasculares.

Artículo 3. Prohibición de denegación en la atención

Los establecimientos de salud se encuentran prohibidos de denegar la atención integral, gratuita y oportuna en los casos de enfermedades cardiovasculares. La atención se brinda acorde a la capacidad resolutiva del establecimiento de salud, el cual procede conforme a la normativa sobre la materia y, de corresponder, efectúa la referencia o contrarreferencia de manera oportuna.

Artículo 4. Promoción y prevención

4.1. El Ministerio de Salud en coordinación con los distintos sectores involucrados, incluido el sector privado, desarrolla estrategias orientadas a la promoción de la salud de los factores de riesgo, como es el caso de la etiología de enfermedades cardiovasculares en la comunidad educativa nacional, con proyección a toda la población.

4.2. En el marco de la promoción de la salud todas las instituciones públicas, privadas y mixtas promueven el deporte y la vida saludable para prevenir los casos de enfermedades cardiovasculares.

4.3. *El Ministerio de Salud fortalece la formación de los recursos humanos destinados a la promoción de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.*

4.4. *El Ministerio de Salud dispone las medidas necesarias para contar con una base nacional de datos médicos con el fin de monitorizar los tiempos relacionados al sistema y el seguimiento posterior de estos pacientes para tomar medidas regionales y nacionales sobre sus resultados con el nivel de confidencialidad respectivo.*

Artículo 5. Investigación

El Estado fomenta la investigación y educación científica biomédica en el control de enfermedades cardiovasculares, a través de los órganos competentes del Ministerio de Salud, con apoyo de universidades públicas y privadas, organizaciones de pacientes con enfermedades cardiovasculares y cooperación técnica internacional.

Artículo 6. Autorización para el fortalecimiento de infraestructura y equipamiento cardiovascular

Se autoriza a las entidades del sector Salud, en el ámbito de sus competencias, a realizar las siguientes acciones, sujetas a la disponibilidad presupuestaria y en concordancia con la normativa vigente:

a) *Adquisición y renovación tecnológica de equipamiento biomédico. Las entidades del sector Salud pueden adquirir, renovar o actualizar equipamiento biomédico especializado, que incluye dispositivos para diagnóstico avanzado, monitores cardíacos, desfibriladores externos automáticos (DEA) y equipamiento para procedimientos de revascularización.*

b) *Ampliación y mejoramiento de la infraestructura hospitalaria cardiovascular. Se priorizan la construcción, ampliación, remodelación y acondicionamiento de hospitales de niveles II y III, con el objetivo de garantizar la instalación de unidades de angioplastia para la atención oportuna y especializada de pacientes con infarto agudo de miocardio.*







c) *Distribución estratégica de unidades de angioplastia. El Ministerio de Salud, en coordinación con los gobiernos regionales, elabora un plan de distribución estratégica de unidades de angioplastia, considerando lo siguiente:*

1. *La incidencia epidemiológica de enfermedades cardiovasculares en cada región*
2. *La densidad poblacional y accesibilidad geográfica*
3. *La capacidad resolutiva actual de los establecimientos de salud*
4. *La necesidad de reducir inequidades en el acceso a servicios especializados.*

d) *Estandarización y monitoreo del uso de recursos. El Ministerio de Salud es responsable de establecer estándares técnicos para la adquisición de equipamiento y construcción de infraestructura, asegurando la interoperabilidad de los equipos biomédicos y la sostenibilidad de su uso. Además, implementa un sistema de monitoreo para evaluar el impacto de estas inversiones en la atención de pacientes cardiovasculares.*

e) *La compra centralizada de recursos estratégicos para la prevención y el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, con prioridad en el infarto agudo de miocardio, en el subsector público, a través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES).*

f) *La atención y control de las enfermedades cardiovasculares a través de los servicios de telemedicina.*

g) *El fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud (INS) y de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) para el desarrollo de evaluaciones de tecnologías sanitarias de los recursos estratégicos para la prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.*







h) El fortalecimiento del intercambio prestacional de los servicios de salud para el momento del diagnóstico, activación del sistema y tratamiento de revascularización de forma aguda.

i) El fortalecimiento de una red de ambulancias en las zonas de mayor densidad poblacional que pueda iniciar el manejo adecuado de la atención prehospitalaria de forma coordinada y monitorizada a través de las centrales de red que pueda diagnosticar, iniciar el tratamiento y diferir a los pacientes hacia su destino médico; teniendo el mismo nivel de capacitación para asegurar las competencias en el manejo de pacientes con enfermedad cardiovasculares.

j) La creación de institutos cardiovasculares en macrorregiones del norte, sur, centro, el oriente y Lima que, como institutos especializados adscritos al Ministerio de Salud (MINSA), encargados de resolver los problemas cardiovasculares altamente complejos de sus respectivas regiones, permiten que la atención de estas patologías sea descentralizada, regionalizada y oportuna.

Artículo 7. Capacitación en técnica de reanimación cardiopulmonar (RCP)

Los responsables, gestores o administradores de las instituciones educativas públicas y privadas de Educación Básica Regular, Educación Básica Especial y Educación Básica Alternativa, así como los restaurantes, hoteles, y en general; de los espacios públicos y privados, de alto tránsito o concentración de personas, capacitan a su personal en la técnica de reanimación cardiopulmonar (RCP). Asimismo, implementan medidas de difusión de la información y de educación a la comunidad respecto a la RCP, de acuerdo con el protocolo o guía de alcance nacional que apruebe el Ministerio de Salud.

Artículo 8. Implementación progresiva del uso del desfibrilador externo automático (DEA)

La implementación progresiva del uso del desfibrilador externo automático se realiza conforme a lo siguiente:

a) Obligación de instalación de desfibriladores externos automáticos (DEA)







La administración de los espacios públicos o privados debe instalar progresivamente desfibriladores externos automáticos (DEA) en sus locales, en cumplimiento de los parámetros técnicos y plazos establecidos en el reglamento de la presente ley. Esta obligación es prioritaria para los siguientes establecimientos:

1. *Terminales de transporte aéreo, marítimo y terrestre de ámbito nacional o internacional.*
2. *Centros comerciales y emporios.*
3. *Farmacias y boticas.*
4. *Estadios, coliseos y centros deportivos.*
5. *Gimnasios y clubes deportivos.*
6. *Locales y salones que realicen eventos masivos, tales como conferencias, conciertos y convenciones.*
7. *Aviones, trenes, embarcaciones y otras unidades de transporte de larga distancia.*
8. *Unidades del Sistema de Transporte Público de Lima Metropolitana y otras ciudades.*
9. *Establecimientos penitenciarios.*
10. *Otros espacios de alta concurrencia que determine el reglamento.*

b) *Establecimiento de parámetros técnicos y operativos*

El reglamento de la presente ley, a cargo del Ministerio de Salud, define lo siguiente:

1. *El número y las características técnicas de los desfibriladores externos automáticos (DEA) requeridos en cada establecimiento, considerando factores como el aforo, tipo de actividad y riesgo cardiovascular asociado.*
2. *Los lineamientos para la capacitación de personal en la técnica de reanimación cardiopulmonar (RCP) y el uso adecuado de los DEA, que*



garanticen la disponibilidad de personal entrenado en todos los espacios obligados.

3. *Los mecanismos de supervisión, fiscalización y sanciones aplicables a los establecimientos que incumplan con esta obligación.*

c) Capacitación obligatoria



Los administradores de los espacios mencionados deben implementar programas de capacitación en RCP y uso de DEA, dirigidos a su personal y a voluntarios, en coordinación con el Ministerio de Salud y otras entidades acreditadas. Estos programas deben renovarse periódicamente y cumplir con estándares internacionales de calidad.



d) Cronograma de implementación progresiva

La instalación de los DEA se realiza de manera progresiva en función de las prioridades establecidas en el reglamento, considerando lo siguiente:

1. *Regiones con mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares.*
2. *Aforos y niveles de riesgo asociados a cada tipo de establecimiento.*
3. *Disponibilidad presupuestaria y recursos técnicos en cada jurisdicción.*

e) Promoción para el uso de los DEA y las técnicas para la sensibilización ciudadana

El Ministerio de Salud, en colaboración con los gobiernos regionales y los gobiernos locales, así como con el sector privado, implementa campañas de sensibilización para la ciudadanía sobre la importancia del uso de los DEA y las técnicas de RCP en la atención de emergencias cardíacas.

Artículo 9. Atención integral cardiológica

Las medidas destinadas a garantizar la atención integral de las enfermedades cardiovasculares, con énfasis en la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado del infarto agudo de miocardio.

El Estado, a través del Ministerio de Salud como órgano rector del Sistema Nacional de Salud y en coordinación con los gobiernos regionales, asegura las siguientes acciones:







1. *La realización de intervenciones multinivel e intersectoriales orientadas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades cardiovasculares, en cumplimiento de las políticas nacionales de salud.*
2. *La disponibilidad, en todos los establecimientos de salud de nivel I, de medicación inicial, flujogramas de manejo y mecanismos efectivos de referencia a establecimientos de mayor complejidad para garantizar la continuidad del cuidado para los pacientes que han padecido infarto agudo de miocardio.*
3. *La dotación, en todos los hospitales de niveles II y III, de opciones terapéuticas como el tratamiento fibrinolítico y el equipamiento biomédico necesario para realizar procedimientos de revascularización y brindar atención integral a pacientes con enfermedades cardiovasculares isquémicas agudas.*

El Ministerio de Salud es responsable de emitir los lineamientos técnicos y normativos que regulen la implementación de estas disposiciones, conforme a las competencias otorgadas por la Ley 26842, Ley General de Salud, y el Decreto Legislativo 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de organización y funciones del Ministerio de Salud.

Artículo 10. Registro Nacional de Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio

Se establece de manera continua el mantenimiento y actualización del Registro Nacional de Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio como herramienta estratégica para la vigilancia epidemiológica y planificación de políticas públicas en salud cardiovascular.

El Ministerio de Salud, en su calidad de órgano rector del Sistema Nacional de Salud, implementa y actualiza dicho registro, en coordinación con los gobiernos regionales, las redes integradas de salud (RIS) y las instituciones públicas y privadas que forman parte del sector Salud. El registro debe recopilar y sistematizar información proveniente de los registros hospitalarios y poblacionales a nivel nacional, garantizando lo siguiente:

a) *La vigilancia epidemiológica de las enfermedades cardiovasculares isquémicas.*

b) *La evaluación de tiempos de atención, resultados clínicos y seguimiento de pacientes.*

c) *La confidencialidad y protección de los datos personales de acuerdo con la Ley 29733, Ley de protección de datos personales, y su reglamento.*

El Ministerio de Salud dicta los lineamientos técnicos para la implementación, operación y actualización del registro, asegurando su interoperabilidad con otros sistemas de información en salud.

<u>Artículo 11</u>. Red Nacional Cardíaca del Infarto Agudo de Miocardio (RENACI)

Se crea e implementa la Red Nacional Cardíaca del Infarto Agudo de Miocardio (RENACI), orientada a garantizar una atención integral, oportuna y descentralizada para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con esta condición, en el marco de las competencias del Ministerio de Salud como órgano rector del Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Salud, en ejercicio de sus atribuciones establecidas en la Ley 26842, Ley General de Salud, y el Decreto Legislativo 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de organización y funciones del Ministerio de Salud, formula e implementa las acciones necesarias para la estructuración de la RENACI, en coordinación con los gobiernos regionales y las redes integradas de salud (RIS), de conformidad con la normativa vigente. Estas acciones comprenden las siguientes acciones:

a) *La implementación de un sistema de diagnóstico rápido y referencia desde los centros periféricos hacia unidades de mayor complejidad, ubicadas estratégicamente a nivel regional.*

b) *El uso de tecnologías como telemedicina para garantizar un diagnóstico oportuno y un tratamiento inicial adecuado en establecimientos de salud de menor nivel resolutivo.*

c) *La derivación efectiva hacia unidades especializadas en tratamiento de revascularización, incluidas las angioplastias.*

d) *El manejo hospitalario integral y el seguimiento ambulatorio de los pacientes con enfermedades cardiovasculares agudas.*

La implementación y el desarrollo de la RENACI deben realizarse progresivamente, priorizando las regiones con mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares, y serán regulados mediante los lineamientos técnicos y normativos que el Ministerio de Salud disponga.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Reglamentación

El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud (MINSA), aprueba el reglamento de la presente ley en un plazo no mayor de sesenta días calendario contados a partir de su entrada en vigor.

SEGUNDA. Implementación

El MINSA establece el plan de implementación de la presente ley en un plazo no mayor de ciento veinte días calendario contados a partir de la publicación de su reglamento.

TERCERA. Financiamiento

El MINSA coordina con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) la definición y asignación de los fondos del tesoro público y los mecanismos presupuestales requeridos para la ejecución de la presente ley.

Comuníquese a la señora Presidenta de la República para su promulgación.

En Lima, a los diecinueve días del mes de diciembre de dos mil veinticuatro.

EDUARDO SALHUANA CAVIDES
Presidente del Congreso de la República

ALEJANDRO ENRIQUE CAVERO ALVA
Tercer Vicepresidente del Congreso de la República

A LA SEÑORA PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA