CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00593-2026-2031-CD
RU 42817-CD
15 OCTUBRE 2026 05:22 p. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: EBOHORQUEZ

PROPOSICIÓN LEGISLATIVA QUE MODIFICA LA LEY 26842, LEY GENERAL DE SALUD, PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ANTE LA INDISPONIBILIDAD DE SISTEMAS DIGITALES DE INFORMACIÓN CLÍNICA

Los diputados integrantes del **Grupo Parlamentario Fuerza Popular**, a iniciativa del **Diputado Carlos Alberto Domínguez Herrera**, en ejercicio de la atribución que les confiere el **artículo 107 de la Constitución Política del Perú** y los **artículos 98 y 107 del Reglamento de la Cámara de Diputados**, presentan la siguiente proposición legislativa:

FORMULA LEGAL

LEY QUE MODIFICA LA LEY 26842, LEY GENERAL DE SALUD, PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN ANTE LA INDISPONIBILIDAD DE SISTEMAS DIGITALES DE INFORMACIÓN CLÍNICA

Artículo 1. – Objeto de la ley

La presente ley tiene por objeto garantizar la continuidad de la atención de salud ante la indisponibilidad temporal de los sistemas digitales de información clínica, evitando que dicha circunstancia constituya, por sí sola, una barrera para la prestación de los servicios de salud.

Artículo 2. – 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 la atención de salud no sea denegada, suspendida ni interrumpida exclusivamente por la indisponibilidad temporal de los sistemas digitales de información clínica, debiendo garantizarse su continuidad mediante mecanismos alternativos, conforme a los recursos disponibles, las condiciones de seguridad del paciente y la normativa vigente, sin perjuicio del registro posterior de la información clínica correspondiente."

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

ÚNICA. – Adecuación normativa

El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud, adecúa las disposiciones reglamentarias y técnicas que resulten necesarias para la aplicación de la presente ley, en el marco de sus competencias y sin crear sistemas, plataformas o registros adicionales.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA PÚBLICO

La transformación digital de los servicios de salud ha incrementado la utilización de historias clínicas electrónicas y de sistemas destinados a facilitar el acceso a la información clínica. En el Perú, este proceso ha mostrado avances sostenidos en telesalud, registros electrónicos y otras herramientas digitales, aunque persisten desafíos de integración y consolidación en el sector público (Escobar-Agreda & Rojas-Mezarina, 2025).[1] A ello se suma que la transformación digital del sector salud peruano continúa requiriendo una articulación más consistente entre regulación, infraestructura y capacidades institucionales para que la tecnología contribuya efectivamente a la continuidad de la atención (Ponce de León Sierra y Merma Pillaca, 2024).[2] Cuando un sistema se encuentra temporalmente indisponible, el problema deja de ser exclusivamente tecnológico si la falta de acceso a la información digital termina convirtiéndose en una barrera para iniciar o continuar la atención del paciente.

El ordenamiento peruano ya cuenta con un régimen específico sobre historias clínicas electrónicas e interoperabilidad. La Ley 30024 creó el RENHICE; la Ley 31750 reguló expresamente la interoperabilidad y el acceso a información clínica disociada; y su reglamento desarrolla las condiciones de acceso, seguridad, acreditación y funcionamiento. Por ello, la presente iniciativa no parte de la existencia de un vacío regulatorio sobre interoperabilidad ni pretende crear un sistema paralelo.

En el Perú, las dificultades de equipamiento, conectividad y gestión de la información condicionan la utilización efectiva de las soluciones digitales en salud; por ello, se ha advertido la necesidad de contar con sistemas robustos, flexibles e interoperables que permitan disponer de información oportuna y confiable en los distintos niveles de

[1] Escobar-Agreda, S., & Rojas-Mezarina, L. (2025). *Evolución de la salud digital en el Perú: avances y retos en el sector público.* Anales de la Facultad de Medicina, 86(1), 3–5. https://doi.org/10.15381/anales.v86i1.30223

[2] Ponce de León Sierra, J., & Merma Pillaca, A. (2024). *Transformación digital en el sector salud peruano: retos y avances recientes.* Revista Panamericana de Salud Pública, 48, e138. https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.138

atención (Curioso et al., 2018).[3] En materia de historias clínicas electrónicas, la interoperabilidad exige compatibilidad técnica y organizacional entre establecimientos y sistemas que históricamente han operado de manera fragmentada (Alarcón-Loayza et al., 2019).[4] Desde la implementación inicial del RENHICE ya se identificaba, además, que la dispersión de historias clínicas podía generar duplicidad de registros, pérdida de información y repetición de procedimientos, afectando la continuidad y eficiencia de la atención (Rojas Mezarina et al., 2015).[5]

El problema jurídicamente relevante se ubica en un plano distinto: la Ley General de Salud reconoce el derecho de las personas a acceder de manera oportuna y equitativa a los servicios de salud y exige que todo acto médico se sustente en una historia clínica veraz y suficiente; sin embargo, no contiene una regla expresa que impida que la indisponibilidad temporal de un sistema digital sea utilizada, por sí sola, como motivo para negar, suspender o diferir una atención que clínicamente corresponde.

La ausencia de una regla expresa adquiere mayor relevancia a medida que los procesos asistenciales dependen de sistemas digitales. La historia clínica electrónica debe fortalecer la calidad, continuidad y oportunidad de la atención, pero su funcionamiento está condicionado por la interoperabilidad, la conectividad, la ciberseguridad y la disponibilidad de infraestructura tecnológica adecuada (Morales, 2026).[6] La digitalización, por tanto, no debe convertir una caída del sistema, una interrupción de conectividad o una imposibilidad temporal de consulta en una causa autónoma de postergación de la atención.

---

[3] Curioso, W. H., Henríquez-Suarez, M., & Espinoza-Portilla, E. (2018). *Desde Alma-Ata al ciudadano digital: hacia una atención primaria en salud digitalizada en el Perú.* Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 35(4), 678–683. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.354.3710

[4] Alarcón-Loayza, L., Rubio-Ortiz, C., & Chumán-Soto, M. (2019). *Interoperabilidad de historias clínicas electrónicas en el Perú.* Revista Peruana de Computación y Sistemas, 2(1), 3–14. https://doi.org/10.15381/rpcs.v2i1.16359

[5] Rojas Mezarina, L., Cedamanos Medina, C. A., & Vargas Herrera, J. (2015). *Registro nacional de historias clínicas electrónicas en Perú.* Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 32(2), 395–396. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.322.1639

[6] Morales, J. (2026). *Historia clínica electrónica en el Perú: nuevos desafíos para implementar tecnología de Internet de las cosas.* Peruvian Journal of Health Care and Global Health, 10(2), 81–83. https://doi.org/10.22258/hgh.v10i2.461

Las contingencias tecnológicas requieren mecanismos que permitan documentar la atención y recuperar posteriormente la información sin pérdidas ni alteraciones. La evolución de la salud digital en el Perú confirma que estas herramientas deben integrarse a los procesos asistenciales de manera que mejoren la calidad y continuidad de la atención, sin generar nuevas barreras operativas (Escobar-Agreda y Rojas-Mezarina, 2025).[7] Tales mecanismos pueden y deben ser desarrollados por la autoridad sanitaria. La intervención legislativa propuesta se limita a establecer la garantía jurídica general: la falla tecnológica no constituye por sí sola una causa válida para interrumpir la atención, y el deber de registrar el acto médico subsiste durante la contingencia.

La continuidad de la atención tampoco puede alcanzarse mediante accesos indiscriminados a información clínica. La falta temporal de disponibilidad del sistema no habilita tratamientos de datos distintos de los autorizados por la legislación vigente. La protección de la intimidad, la confidencialidad y los derechos del titular permanece íntegramente sometida a la Ley 29733, a la Ley 30024 y a sus disposiciones reglamentarias.

En consecuencia, el problema público se delimita como la ausencia de una garantía legal expresa que impida convertir la indisponibilidad temporal de sistemas digitales de información clínica en una causa autónoma para negar, suspender o interrumpir la atención. La solución se plantea como una incorporación puntual en el artículo 15 de la Ley General de Salud, sin modificar los deberes de registro clínico ni el régimen de interoperabilidad existentes.

II. EVIDENCIA QUE SUSTENTA EL PROBLEMA

La evidencia empírica más directa sobre las brechas materiales de capacidad tecnológica en el sistema público peruano proviene de una evaluación reciente realizada en 8 861 establecimientos de salud: solo el 35,1 % cumplió los criterios de capacidad instalada evaluados, el 42,4 % reportó infraestructura tecnológica operativa y se identificaron brechas de 4 644 equipos de cómputo y 4 379 líneas de internet, con mayor afectación en el primer nivel de atención y en determinadas macrorregiones (García-

[7] Escobar-Agreda, S., & Rojas-Mezarina, L. (2025). Óp. Cit.

Villena et al., 2026).[8] Estos hallazgos confirman que la disponibilidad tecnológica no puede presumirse uniforme en el territorio nacional.

Las brechas de implementación no se reducen a infraestructura física. En el ámbito público, una evaluación realizada en 55 Centros de Salud Mental Comunitaria del Perú mostró que la capacitación y el acompañamiento constituyen componentes relevantes para la adopción del Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica (Ramos-Ramos et al., 2026). [9] Por tanto, la continuidad asistencial frente a contingencias debe considerar que la madurez digital es heterogénea entre establecimientos y equipos de salud.

La Ley 30024 y la Ley 31750 ya regulan el RENHICE y la interoperabilidad de las historias clínicas electrónicas, y el Decreto Supremo 020-2025-SA actualizó el Reglamento de la Ley 30024. Sin embargo, estudios recientes continúan identificando brechas de interoperabilidad, infraestructura, conectividad y adopción digital entre los distintos componentes del sistema sanitario peruano (Heredia-Oblitas, 2026).[10] La experiencia de reforma de los sistemas de información del MINSA también ha mostrado que la transformación digital requiere coordinación, estandarización y gobernanza sostenidas, más allá de la sola existencia de una obligación normativa (Padilla, 2018).[11] Esta evolución confirma que el problema no requiere una segunda ley de interoperabilidad, sino una regla distinta, centrada en el efecto que una falla tecnológica puede producir sobre el ejercicio del derecho de acceso a los servicios de salud.

[8] García-Villena, D., Benitez-Irigoyen, A. B. N., Romero-Najarro, N. G., Gutiérrez-Sánchez, C. A., Castillo-Nima, I. L., & Mantilla-Rodríguez, E. (2026). *Capacidad instalada y el reporte al Sistema de Suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en establecimientos de salud públicos de Perú, 2025.* Revista Ciencia, Política y Regulación Farmacéutica, 3(1), 17–29. https://doi.org/10.64750/rcprf.2026.3.1.81

[9] Ramos-Ramos, E., Cavero, V., Bernabé-Ortiz, A., Lazo-Porras, M., & Diez-Canseco, F. (2026). *Evaluación de la capacitación y el acompañamiento en el uso de la historia clínica electrónica en Centros de Salud Mental Comunitaria del Perú.* Revista de Neuro-Psiquiatría, 89(2), 155–169. https://doi.org/10.20453/rnp.v89i2.6455

[10] Heredia-Oblitas, R. K. (2026). *Brechas de interoperabilidad y adopción de salud digital en los establecimientos sanitarios del Perú.* Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque, 12, a929. https://doi.org/10.37065/rem.2026.a929

[11] Padilla Huamantinco, P. G. (2018). *Sistematización de la reforma de los sistemas de información en salud del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en el período 2016-2017*. https://hdl.handle.net/20.500.12390/1644

La historia clínica cumple una función asistencial y documental. La experiencia peruana de WawaRed evidenció que los problemas de recolección, transmisión e integración de información pueden limitar la disponibilidad oportuna de datos clínicos y que la interoperabilidad resulta determinante para mejorar la continuidad y calidad de la información (Pérez-Lu et al., 2015).[12] Si durante una contingencia digital no existe un mecanismo alternativo de registro, puede generarse una ruptura entre el acto médico efectivamente realizado y su documentación. Por ello, la continuidad de la atención debe ir acompañada de continuidad del registro, dejando a la autoridad sanitaria la determinación de los mecanismos técnicos que permitan su posterior incorporación al soporte correspondiente.

La falta temporal de acceso a antecedentes clínicos puede ocasionar demoras, necesidad de reconstruir información o repetición de determinados procedimientos. La experiencia peruana de WawaRed mostró que la disponibilidad, transmisión e integración oportuna de la información clínica son determinantes para la continuidad y calidad de la atención. No obstante, no toda repetición es evitable ni puede sacrificarse la seguridad del paciente por la sola existencia de un registro previo. La fórmula propuesta preserva expresamente el criterio clínico y la capacidad resolutiva del establecimiento, evitando convertir la continuidad asistencial en una obligación de actuar sin información suficiente.

El tratamiento de datos de salud mantiene un nivel reforzado de protección. Un estudio piloto realizado en servicios de apoyo al médico ocupacional de Lima mostró que, aun cuando existían medidas de respaldo y respuesta, la gestión de la seguridad informática presentaba un carácter predominantemente reactivo, lo que confirma la necesidad de preservar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información frente a incidentes tecnológicos (Gomero y Sánchez, 2024).[13] Desde una perspectiva bioética y jurídica, la literatura regional ha señalado igualmente que los datos de salud requieren medidas especiales de protección por su carácter sensible y por los riesgos asociados

[12] Pérez-Lu, J. E., Iguiñiz Romero, R., Bayer, A. M., & García, P. J. (2015). *Reduciendo las inequidades en salud y mejorando la salud materna mediante la mejora de los sistemas de información en salud: WawaRed Perú.* Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 32(2), 373–377. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.322.1635

[13] Gomero, R., & Sánchez, D. (2024). Ciberseguridad en servicios de apoyo al médico ocupacional de la ciudad de Lima. Estudio piloto. *Revista Médica Herediana*, *35*(1), 38–43. https://doi.org/10.20453/rmh.v35i1.5298

a su tratamiento digital (Muñoz-del-Carpio-Toia et al., 2023).[14] La propuesta no amplía los sujetos autorizados a consultar historias clínicas, no modifica el consentimiento requerido y no crea nuevas finalidades de tratamiento.

Este diagnóstico se encuentra respaldado también por evidencia institucional directamente referida al sistema sanitario peruano. El Banco Mundial (2023) [15], en su estudio sobre los sistemas de gestión de información en salud en el Perú, identificó fragmentación, debilidades de gobernanza e interoperabilidad y brechas de capacidades que condicionan la disponibilidad y el uso oportuno de la información clínica. El Ministerio de Salud, mediante la Resolución Ministerial 188-2026/MINSA, reconoció dificultades de equipamiento y conectividad que justificaron ampliar los plazos de acreditación de los sistemas de historias clínicas electrónicas (MINSA, 2026).[16] Asimismo, la Agenda Digital del Sector Salud hacia el 2030 sitúa la interoperabilidad, la disponibilidad segura de información y la gobernanza digital entre los ejes de modernización del sector (MINSA, 2025).[17] Finalmente, los Lineamientos para la Contingencia Informática y Recuperación de Servicios de Tecnologías de la Información y Comunicaciones reconocen institucionalmente la necesidad de prever continuidad y recuperación frente a interrupciones tecnológicas (MINSA, 2024).[18]

Experiencia comparada relevante

La experiencia comparada confirma que la continuidad asistencial se ha convertido en una finalidad explícita de las políticas de historia clínica digital. En Chile, la Ley 21.668 de 2024 incorporó la interoperabilidad de las fichas clínicas a la regulación de derechos y deberes de los pacientes con el objetivo de garantizar la continuidad del cuidado con independencia del prestador, manteniendo exigencias de acceso oportuno,

[14] Muñoz-del-Carpio-Toia, A., Mondragón-Barrios, L., Duro, E. A., Rueda Castro, L., & Sorokin, P. (2023). *Protección de datos de salud: el reto de la armonización legislativa en América Latina.* Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 16(2), e1886. https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2023.162.1886

[15] Banco Mundial. (2023). *Sistemas de gestión de información en salud en el Perú.* https://doi.org/10.1596/40284

[16] Ministerio de Salud. (2026, 10 de marzo). *Resolución Ministerial N.º 188-2026/MINSA.* Plataforma Digital Única del Estado Peruano. https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/7845808-188-2026-minsa

[17] Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información. (2025). *Agenda digital del sector salud hacia el 2030.* http://repositorio.minsa.gob.pe/handle/MINSA/81839

[18] Ministerio de Salud. (2024, 28 de noviembre). *Resolución Secretarial N.º 339-2024-SG-MINSA: Documento técnico: Lineamientos para la contingencia informática y recuperación de servicios de tecnologías de la información y comunicaciones*. https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/6240329-339-2024-sg-minsa

conservación, autenticidad y confidencialidad. En España, la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud permite compartir información clínica relevante entre comunidades autónomas y el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024 reporta más de 1,3 millones de consultas de informes clínicos digitales durante ese año, dentro de un modelo orientado a la calidad, el acceso y la continuidad asistencial (Ministerio de Salud de Chile, 2024; Ministerio de Sanidad, 2026).[19] [20]

Colombia y Argentina muestran, a su vez, modelos de despliegue gradual sustentados en estándares comunes, interoperabilidad y coordinación técnica. Colombia puso en operación nacional su mecanismo de Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica en abril de 2026 y, para junio del mismo año, reportaba más de 7,7 millones de Resúmenes Digitales de Atención intercambiados por 744 prestadores con 2 456 sedes, mientras otras instituciones continuaban en pruebas y capacitación. Argentina, por su parte, ha estructurado una Red Nacional de Salud Digital que interconecta sistemas de información de distintas jurisdicciones y subsectores, con el propósito de que la información sanitaria pueda acompañar a la persona cuando resulte necesaria para su atención (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2026; Ministerio de Salud de la Nación Argentina, s. f.).[21] [22]

Estas experiencias no son equivalentes al problema regulatorio peruano ni constituyen evidencia directamente extrapolable a nuestro sistema. Su utilidad comparada radica en mostrar que la interoperabilidad requiere estándares y decisiones técnicas de la autoridad sanitaria, mientras la continuidad asistencial debe preservarse frente a contingencias tecnológicas. La propuesta se limita a establecer una garantía legal frente a la indisponibilidad temporal de los sistemas, sin modificar el régimen vigente de historias clínicas.

---

[19] Ministerio de Salud de Chile. (2024, 28 de mayo). *Ley de interoperabilidad de fichas clínicas fue publicada en el Diario Oficial*. https://www.minsal.cl/ley-de-interoperabilidad-de-fichas-clinicas-fue-publicada-en-el-diario-oficial/

[20] Ministerio de Sanidad. (2026). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnual2024/INFORME_ANUAL_2024.pdf

[21] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2026, 6 de junio). *Más de 7,7 millones de registros clínicos ya se intercambian de manera segura a través de la interoperabilidad de la historia clínica electrónica en Colombia*. https://www.minsalud.gov.co/Comunicaciones/noticias/2026/Paginas/millones-de-registros-se-intercambian-gracias-a-IHCE.aspx

[22] Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (s. f.). *Red Nacional de Salud Digital*. https://www.argentina.gob.ar/node/202901

Riesgos derivados de la indisponibilidad tecnológica y respuesta normativa

Situación	Riesgo asistencial o documental	Respuesta de la propuesta
Indisponibilidad temporal del sistema	Demora o interrupción de una atención que puede continuar de manera segura	La falla tecnológica no constituye por sí sola causa para negar, suspender o diferir la atención.
Imposibilidad temporal de registrar electrónicamente	Ruptura entre el acto médico realizado y su documentación	Se conservan los deberes de registro y posterior incorporación ya previstos en la normativa sanitaria; la ley no los modifica.
Contingencia con datos sensibles	Accesos o usos improcedentes bajo pretexto de la falla del sistema	Se mantienen íntegramente las reglas de autorización, confidencialidad y protección de datos.

Fuente: Elaboración propia sobre la base del marco legal vigente y de la evidencia revisada (García-Villena et al., 2026; Heredia-Oblitas, 2026; Muñoz-del-Carpio-Toia et al., 2023).

La distinción entre el nivel legal y el nivel técnico es central. Corresponde a la ley reconocer el derecho de la persona usuaria a que una contingencia informática no impida por sí sola la atención; corresponde a la autoridad sanitaria determinar los procedimientos técnicos de contingencia, seguridad, registro y recuperación de información que resulten aplicables.

Esta distribución evita sustituir al Poder Ejecutivo en la conducción técnica de la política sanitaria. La iniciativa no fija metas de interoperabilidad, no ordena cronogramas de acreditación, no establece periodicidades de coordinación, no crea órganos de seguimiento y no dispone adquisiciones tecnológicas.

La información clínica sigue sometida a las reglas de autorización, confidencialidad, integridad y seguridad existentes. La contingencia no constituye una excepción general a la protección de datos ni habilita el acceso a información de otros establecimientos fuera de los supuestos legalmente previstos. Esta delimitación resulta coherente con la necesidad de mantener resguardos reforzados para los datos de salud en entornos digitales (Muñoz-del-Carpio-Toia et al., 2023[23]; Gomero y Sánchez, 2024[24]).

[23] Muñoz-del-Carpio-Toia, A., Mondragón-Barrios, L., Duro, E. A., Rueda Castro, L., & Sorokin, P. (2023). Óp. Cit.
[24] Gomero, R., & Sánchez, D. (2024). Óp. Cit.

La evidencia disponible permite sostener que existen brechas reales de conectividad, equipamiento, interoperabilidad y adopción de herramientas digitales, mientras que el régimen jurídico de interoperabilidad ya se encuentra desarrollado. Las diferencias de capacidad tecnológica observadas entre establecimientos públicos y la persistencia de dificultades de articulación entre plataformas muestran que el riesgo de indisponibilidad no es meramente hipotético (García-Villena et al., 2026[25]; Heredia-Oblitas, 2026[26]). No se dispone de una medición nacional verificable de atenciones efectivamente negadas o suspendidas exclusivamente por fallas informáticas. Por ello, la justificación de la propuesta es preventiva y su valor agregado se circunscribe a una garantía expresa de continuidad asistencial ante esas contingencias, sin crear obligaciones técnicas adicionales.

Delimitación del vacío jurídico específico

Componente analizado	Regulación existente	Valor agregado jurídico de la propuesta
Acceso oportuno a servicios	Artículo 15 de la Ley 26842 y Ley 29414.	Prohibición expresa de condicionar la atención por la sola indisponibilidad temporal de sistemas digitales.
Historia clínica y registro	Artículo 29 de la Ley 26842 y normas técnicas de historia clínica.	El artículo 29 no se modifica. La obligación de registro y su incorporación posterior se rigen por el marco vigente.
RENHICE e interoperabilidad	Ley 30024, Ley 31750 y su reglamento.	No se modifican; la propuesta evita crear una regulación paralela.
Protección de datos	Ley 29733 y régimen especial del RENHICE.	La contingencia no amplía accesos, finalidades ni habilitaciones de tratamiento.

Fuente: Elaboración propia sobre la base del marco legal vigente.

III. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

El objetivo general de la proposición legislativa es garantizar la continuidad de la atención de salud ante la indisponibilidad temporal de sistemas digitales de información clínica, evitando que una contingencia tecnológica constituya por sí sola una causa para negar, suspender o diferir la prestación que corresponda.

[25] García-Villena, D., Benitez-Irigoyen, A. B. N., Romero-Najarro, N. G., Gutiérrez-Sánchez, C. A., Castillo-Nima, I. L., & Mantilla-Rodríguez, E. (2026). Óp. Cit.
[26] Heredia-Oblitas, R. K. (2026). Óp. Cit.

El primer objetivo específico consiste en incorporar expresamente este derecho dentro del régimen de acceso a los servicios de salud previsto en el artículo 15 de la Ley General de Salud, preservando el criterio clínico, la seguridad del paciente y la capacidad resolutiva del establecimiento.

La garantía se formula sin imponer nuevas competencias técnicas al Ministerio de Salud ni modificar las reglas vigentes sobre registro de historias clínicas, protección de datos personales y autorización de acceso.

IV. FUNDAMENTACIÓN DE LA INICIATIVA

La iniciativa se sustenta en la necesidad de evitar que la transformación digital genere una nueva forma de condicionamiento de la atención. La tecnología debe facilitar el acceso a los servicios de salud y a la información clínica, pero una falla temporal del sistema no puede trasladar al paciente un riesgo operativo que le impida recibir una prestación que, conforme al criterio clínico y a la capacidad resolutiva del establecimiento, corresponde brindar.

La propuesta modifica la Ley General de Salud porque el contenido incorporado tiene naturaleza de garantía general de la persona usuaria y no de norma técnica de interoperabilidad. El literal f) que se incorpora al numeral 15.1 del artículo 15 establece una regla de no condicionamiento frente a la indisponibilidad tecnológica, aplicable con independencia del sistema o plataforma utilizada por el establecimiento.

La regla no exige que el profesional actúe ignorando riesgos clínicos ni obliga a realizar procedimientos sin información suficiente. Los mecanismos alternativos se emplean conforme a los recursos disponibles, las condiciones de seguridad del paciente, el juicio clínico y la normativa sanitaria vigente. De este modo, se protege la continuidad sin menoscabar la seguridad asistencial.

La propuesta mantiene intacto el artículo 29 de la Ley General de Salud, que ya regula la documentación del acto médico mediante historias clínicas. La referencia al registro posterior contenida en el literal incorporado al artículo 15 no crea un procedimiento

nuevo ni duplica los deberes documentales existentes; su desarrollo técnico continúa bajo competencia de la autoridad sanitaria.

Esta técnica legislativa evita invadir la competencia del Ministerio de Salud prevista en el artículo 9 de la Constitución. No se establece una programación nacional, metas, indicadores, protocolos específicos, cronogramas de implementación o mecanismos de coordinación interinstitucional. Tales materias permanecen dentro del ámbito de conducción y gestión sectorial.

La propuesta tampoco duplica la Ley 30024 ni la Ley 31750. Esas normas regulan el RENHICE, la interoperabilidad, el acceso y el tratamiento de información clínica. La presente iniciativa no altera esa arquitectura; modifica la Ley General de Salud para establecer qué ocurre jurídicamente con el derecho a la atención cuando los sistemas digitales no se encuentran temporalmente disponibles.

La protección de datos personales permanece inalterada. La contingencia tecnológica no autoriza accesos extraordinarios, no amplía las finalidades del tratamiento ni reduce los deberes de confidencialidad; estas obligaciones se rigen por las leyes 29733 y 30024 y sus normas complementarias, sin necesidad de reiterarlas en un artículo autónomo.

La fórmula tampoco crea una infracción o sanción autónoma. Los eventuales incumplimientos se determinan conforme a los regímenes de responsabilidad ya aplicables a las instituciones prestadoras, a los profesionales y a los responsables del tratamiento de información.

Desde la perspectiva presupuestal, la iniciativa no impone la adquisición de equipos, licencias, plataformas o infraestructura, ni ordena culminar procesos de interoperabilidad. La obligación incorporada consiste únicamente en no denegar, suspender ni interrumpir la atención por la sola indisponibilidad digital, mediante alternativas compatibles con los recursos disponibles, la seguridad del paciente y la normativa vigente.

La incorporación de esta garantía en la Ley General de Salud permite que su cumplimiento sea exigible en todas las instituciones prestadoras comprendidas por

dicho marco, públicas, privadas o mixtas, sin crear un subsistema adicional ni modificar las competencias del Ministerio de Salud o de SUSALUD.

En conjunto, la fórmula legal se circunscribe a una garantía específica de la persona usuaria frente a la dependencia creciente de sistemas digitales, sin establecer una regulación paralela de interoperabilidad, registro o administración sanitaria.

V. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS Y MARCO LEGAL

Antecedentes legislativos

- La Proposición Legislativa 00154-2026-2031-CD, presentada el 7 de septiembre de 2026, propone modificar diversos artículos de la Ley 30024 para fortalecer la protección de la información clínica contenida en el RENHICE. Constituye un antecedente temático, pero su objeto se diferencia de la presente iniciativa, que modifica la Ley General de Salud y se concentra en la continuidad de la atención frente a contingencias tecnológicas.
- La Proposición Legislativa 00203-2026-2031-CD, presentada el 11 de septiembre de 2026, plantea implementar un sistema digital unificado de salud y crear una historia clínica electrónica única. La presente propuesta no crea un nuevo sistema, plataforma o historia clínica, por lo que mantiene un objeto normativo distinto.

Marco legal

1. Constitución Política del Perú: artículos 2, numerales 6 y 7; 7; 9; 79; y 107, relativos a la intimidad, protección de datos, derecho a la salud, rectoría de la política sanitaria, iniciativa de gasto e iniciativa legislativa.
2. Ley 26842, Ley General de Salud, particularmente sus artículos 15 y 29, relativos al acceso a los servicios de salud y al deber de sustentar el acto médico en una historia clínica veraz y suficiente.
3. Ley 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, que modificó el artículo 15 de la Ley General de Salud y desarrolló el régimen de derechos de acceso, información, atención y consentimiento.

4. Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, modificada por el Decreto Legislativo 1306 y por la Ley 31750, que regula la interoperabilidad y el acceso a información clínica en el RENHICE.
5. Decreto Supremo 009-2017-SA, Reglamento de la Ley 30024, modificado por el Decreto Supremo 020-2025-SA, que desarrolla las reglas de funcionamiento, acceso, acreditación y seguridad del RENHICE.
6. Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su reglamento aprobado por Decreto Supremo 016-2024-JUS, aplicables al tratamiento de datos personales de salud.
7. Resolución Secretarial 339-2024-SG-MINSA, que aprueba los Lineamientos para la Contingencia Informática y Recuperación de Servicios de Tecnologías de la Información y Comunicaciones del Ministerio de Salud.
8. Resolución Ministerial 188-2026/MINSA, que reconoce dificultades asociadas al equipamiento informático y conectividad en el proceso de acreditación de sistemas de historias clínicas electrónicas.

VI. SECTORES COMPRENDIDOS

La iniciativa comprende a las personas usuarias de los servicios de salud y a las instituciones prestadoras de servicios de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, en cuanto utilicen sistemas digitales para registrar o consultar información clínica. Su aplicación no depende de que el establecimiento utilice una plataforma determinada.

Los profesionales de la salud mantienen sus deberes de registro, confidencialidad y actuación conforme al criterio clínico. La indisponibilidad temporal del sistema no amplía sus facultades de acceso a información ni los obliga a realizar actos que resulten clínicamente inseguros.

El Ministerio de Salud conserva la rectoría y competencia técnica para establecer los mecanismos de contingencia y las normas aplicables al registro clínico. SUSALUD ejerce las funciones que le corresponden respecto de la protección de los derechos de las personas usuarias, sin que la propuesta cree competencias nuevas.

Actores involucrados en la aplicación

Actor	Papel en la aplicación	Obligaciones o derechos aplicables
PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Titulares del derecho protegido.	Recibir y continuar la atención sin condicionamiento por la sola indisponibilidad tecnológica, dentro del criterio clínico y capacidad resolutiva.
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	Brindan la atención y custodian la historia clínica.	Mantener la atención cuando corresponda. El registro clínico continúa sujeto a las obligaciones y procedimientos vigentes.
SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO	Generan información clínica vinculada a la atención.	Aplicar las reglas de registro y protección de información que correspondan durante contingencias.
PROFESIONALES DE LA SALUD	Evalúan y registran la atención.	Actuar conforme al criterio clínico, registrar el acto médico y respetar confidencialidad y autorización de acceso.
MINISTERIO DE SALUD	Autoridad sanitaria y responsable de la regulación técnica.	Conservar sus competencias sobre los mecanismos técnicos existentes de contingencia, sin nuevos mandatos administrativos.
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	Protege los derechos de las personas usuarias.	Ejercer sus funciones de supervisión y protección conforme al régimen vigente.

Fuente: Elaboración propia.

VII. NORMAS QUE SE MODIFICAN O DEROGAN

La proposición modifica expresamente la Ley 26842, Ley General de Salud. Incorpora el literal f) al numeral 15.1 de su artículo 15, con el objeto de reconocer el derecho a recibir y continuar la atención sin que la indisponibilidad temporal de sistemas digitales constituya por sí sola una causa para negar, suspender o diferir la prestación.

No se modifica el artículo 29 de la Ley General de Salud ni se crean nuevas reglas de conservación de historias clínicas. El literal incorporado al artículo 15 deja a salvo el registro posterior de la información clínica conforme a los deberes y procedimientos ya existentes.

La iniciativa no modifica ni sustituye la Ley 30024, la Ley 31750, la Ley 29733 ni sus reglamentos. Las reglas de interoperabilidad, autorización de acceso, confidencialidad, seguridad y tratamiento de datos mantienen plena vigencia.

No se crean registros, plataformas, órganos, procedimientos de acreditación, metas de interoperabilidad ni obligaciones de inversión. En consecuencia, el efecto normativo se concentra en la garantía de continuidad de la atención incorporada al artículo 15 de la Ley General de Salud.

VIII. ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO

Impacto económico

La propuesta puede generar beneficios económicos indirectos al reducir cancelaciones, reprogramaciones o demoras que se produzcan exclusivamente por la indisponibilidad temporal de un sistema digital, siempre que la atención pueda continuar de manera segura con la información disponible. El Banco Mundial (2023)[27] señala que una gestión integrada de la información puede favorecer la accesibilidad, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, mientras que la OMS (2022) recomienda valorar beneficios, riesgos, factibilidad y uso de recursos antes de atribuir efectos económicos a las intervenciones digitales. Por ello, no se atribuye a la norma un ahorro nacional determinado ni se presume que toda contingencia pueda resolverse sin costos. Las experiencias comparadas examinadas en el apartado II se emplean únicamente como referencia de diseño institucional y no como base para extrapolar ahorros, costos o resultados económicos al contexto peruano.[28]

El beneficio principal se deriva de evitar que una falla tecnológica se convierta automáticamente en tiempo asistencial perdido. Los Lineamientos para la Contingencia Informática y Recuperación de Servicios de Tecnologías de la Información y Comunicaciones del MINSA reconocen la necesidad de asegurar continuidad y recuperación frente a interrupciones de los servicios tecnológicos (MINSA, 2024). Asimismo, la evidencia peruana sobre salud digital destaca que la utilidad de estas

[27] Banco Mundial. (2023). Óp. Cit.
[28] Organización Mundial de la Salud. (2022). *Directriz de la OMS: recomendaciones sobre intervenciones digitales para fortalecer los sistemas de salud.* https://www.who.int/es/publications/b/47486

herramientas depende de su integración efectiva con los procesos asistenciales y de la disponibilidad oportuna de información clínica (Escobar-Agreda & Rojas-Mezarina, 2025[29]; Regalado-Chamorro & Medina-Gamero, 2025[30]). El registro de los actos médicos durante contingencias y su posterior incorporación a la historia clínica continúan sujetos a las obligaciones establecidas por el régimen sanitario vigente.

La propuesta no ordena digitalizar establecimientos, adquirir equipos, contratar conectividad, desarrollar interfaces ni implementar una plataforma nueva. Por tanto, se diferencia del costo estructural de la interoperabilidad, que continúa sujeto a la planificación y disponibilidad presupuestal de las entidades competentes.

Efectos monetarios

La proposición no crea tarifas, tasas, transferencias, subsidios ni obligaciones de pago para las personas usuarias. Las eventuales necesidades operativas vinculadas al empleo de alternativas durante una contingencia se atienden conforme a las competencias, recursos disponibles y procedimientos institucionales vigentes; la ley no impone sistemas ni deberes adicionales de registro.

La disminución de reprogramaciones o de tiempos administrativos puede generar eficiencias, pero su magnitud dependerá de la frecuencia de las contingencias, del tipo de servicio, de la infraestructura y de las capacidades organizacionales de cada establecimiento. El Banco Mundial (2023)[31] advierte que las brechas de integración, gobernanza y capacidades tecnológicas condicionan el desempeño de los sistemas de información en salud; a su vez, la OMS (2022)[32] recomienda evaluar el uso de recursos y la factibilidad según el contexto de implementación. En ausencia de una línea de base nacional específica sobre indisponibilidad de sistemas y costos asociados, no corresponde monetizar anticipadamente tales efectos.

La propuesta tampoco dispone inversiones tecnológicas de cumplimiento inmediato. Si una entidad decide mejorar su infraestructura o sus sistemas para reducir contingencias,

[29] Escobar-Agreda, S., & Rojas-Mezarina, L. (2025). Óp. Cit.
[30] Regalado-Chamorro, M., & Medina-Gamero, A. (2025). Salud digital. Su valor postpandemia en el Perú. *Revista Médica Herediana, 36*(2), 177–178. https://doi.org/10.20453/rmh.v36i2.5941
[31] Banco Mundial. (2023). Óp. Cit.
[32] Organización Mundial de la Salud. (2022). Óp. Cit.

esa decisión se rige por su programación, competencias y disponibilidad presupuestal, y no constituye una obligación de gasto creada por la presente ley.

Efectos no monetarios

El principal beneficio no monetario es el fortalecimiento de la continuidad, oportunidad y seguridad de la atención. La persona usuaria cuenta con una garantía legal frente a contingencias tecnológicas, mientras que el profesional conserva el criterio clínico para decidir cómo proceder con la información efectivamente disponible. Esta solución resulta consistente con la Agenda Digital del Sector Salud hacia el 2030, que orienta la transformación digital a mejorar la calidad y el acceso a los servicios, y con la necesidad de preservar continuidad operativa ante contingencias tecnológicas (MINSA, 2024[33], 2025[34]).

La continuidad documental sigue regida por el artículo 29 de la Ley General de Salud y las normas técnicas aplicables. La referencia al registro posterior de la información clínica en el literal propuesto no establece una carga documental adicional ni altera las exigencias vigentes de integridad, autenticidad, trazabilidad o confidencialidad.

La garantía incorporada debe aplicarse sin habilitar accesos extraordinarios a información clínica ni modificar las reglas vigentes de protección de datos. La evidencia peruana disponible resalta que los datos de salud requieren medidas reforzadas de privacidad, confidencialidad y seguridad, y que los servicios de salud deben contar con respuestas frente a incidentes tecnológicos (Muñoz-del-Carpio-Toia et al., 2023[35]). La garantía de continuidad opera, por tanto, dentro y no al margen del régimen de confidencialidad y autorización vigente.

Para las instituciones prestadoras, la regla permite distinguir entre el deber legal de no condicionar la atención y la competencia técnica del Ministerio de Salud para definir mecanismos de contingencia. Esta separación reduce el riesgo de superposición

[33] Ministerio de Salud. (2024, 28 de noviembre). Óp. Cit.
[34] Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de la Información. (2025). Óp. Cit.
[35] Muñoz-del-Carpio-Toia, A., Mondragón-Barrios, L., Duro, E. A., Rueda Castro, L., & Sorokin, P. (2023). Óp. Cit.

normativa y evita que la ley sustituya decisiones operativas (Gomero y Sánchez, 2024).[36]

La aplicación uniforme de la garantía también resulta relevante en establecimientos con conectividad limitada, porque impide que la dependencia de un sistema digital se convierta por sí sola en un factor adicional de exclusión asistencial.

Impacto presupuestal

La iniciativa no crea entidades, sistemas, plataformas, unidades orgánicas, mecanismos de supervisión adicionales ni obligaciones de adquisición tecnológica. Tampoco fija metas de interoperabilidad, cronogramas de inversión o reportes periódicos que demanden estructuras nuevas.

Los mecanismos de contingencia y recuperación de servicios corresponden al ámbito técnico y de gestión de las entidades competentes. La propuesta se limita a reconocer una garantía de continuidad asistencial y mantiene a salvo el deber de registro posterior ya establecido por la normativa vigente, sin crear nuevas obligaciones administrativas ni compromisos de gasto.

En consecuencia, el impacto presupuestal directo atribuible a la ley es acotado. Las eventuales decisiones de inversión destinadas a mejorar conectividad, infraestructura o interoperabilidad no derivan de esta propuesta y continúan sujetas a la programación y disponibilidad presupuestal de cada entidad.

Costos y beneficios por actor

Actor	Costos	Beneficios
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO	Uso de mecanismos alternativos existentes, según los recursos disponibles, sin nuevos mandatos de adquisición o implementación.	Continuidad asistencial y menor riesgo de interrupciones por causas exclusivamente tecnológicas.
PROFESIONALES DE LA SALUD	Registro clínico según las obligaciones existentes, sin nuevas cargas administrativas por la ley.	Claridad sobre la continuidad del deber de atención y registro, preservando el criterio clínico y la seguridad del paciente.

[36] Gomero, R., & Sánchez, D. (2024). Óp. Cit.

Actor	Costos	Beneficios
PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD	No se crean pagos, tarifas ni cargas económicas por efecto de la ley.	Garantía expresa de que la falla temporal del sistema no constituye por sí sola una barrera para la atención y de que el acto médico quedará documentado.
MINISTERIO DE SALUD Y SUSALUD	No se imponen nuevas obligaciones de adecuación reglamentaria ni actuaciones de supervisión adicionales.	Marco legal más claro para la protección de derechos sin crear sistemas, órganos o procedimientos paralelos.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la evidencia revisada (Banco Mundial, 2023; MINSA, 2024, 2025, 2026; OMS, 2022; García-Villena et al., 2026; Muñoz-del-Carpio-Toia et al., 2023).

IX. IMPACTO AMBIENTAL

La propuesta no ordena la adquisición, sustitución o ampliación de infraestructura tecnológica, ni modifica las reglas de conservación de historias clínicas. Por ello, no se identifica un impacto ambiental directo atribuible a su entrada en vigencia.

Los eventuales efectos ambientales asociados al uso de infraestructura digital, consumo energético, papel o residuos electrónicos corresponden a las decisiones tecnológicas y de gestión que adopten las entidades dentro del marco vigente y no constituyen una consecuencia necesaria de la presente ley.

Lima, octubre de 2026

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: GATICA VEGA Francisco Javier FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15/10/2026 17:01:53-0500

CÁMARA DE DIPUTADOS
Firmado digitalmente por: DOMINGUEZ HERRERA Carlos Alberto FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 14/10/2026 17:20:51-0500

Diputado de la República

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CHACON DE VETTORI Cecilia Isabel FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15/10/2026 11:35:00-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: CASTRO CRUZ Javier Alejandro FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15/10/2026 15:14:40-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: MEZA RIVERA Flor De Jesus FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15/10/2026 15:00:11-0500

FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por: MENDOZA BERNEDO Liz Huli FAU 20161749126 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15/10/2026 16:24:33-0500