CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00723-2026-2031-CD
RU 55370-CD
30 OCTUBRE 2026 04:45 p. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: EBOHORQUEZ

ERNESTO ALONZO ZUNINI YZAGUIRRE
Diputado de la República

PROPOSICIÓN LEGISLATIVA QUE FORTALECE LA LEY 30024 PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MEDIANTE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS INTEROPERABLES, ACCESIBLES Y SEGURAS

Los diputados que suscriben, integrantes del Grupo Parlamentario Juntos por el Perú, a iniciativa del diputado Ernesto Zunini, 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:

FÓRMULA LEGAL
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA QUE FORTALECE LA LEY 30024 PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MEDIANTE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS INTEROPERABLES, ACCESIBLES Y SEGURAS

Artículo 1. Objeto de la ley
La presente ley fortalece la Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, mediante garantías de acceso oportuno a la información clínica, intercambio seguro entre prestadores y continuidad asistencial, con respeto a la autonomía del paciente y a la protección de sus datos personales.

Artículo 2. Finalidad
La presente ley tiene por finalidad que la información necesaria para el cuidado integral de la persona acompañe su atención en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos, privados y mixtos, evitando barreras administrativas que retrasen decisiones clínicas y reduciendo riesgos derivados de la fragmentación de la información.

Artículo 3. Incorporación de los artículos 2-A al 2-H en la Ley 30024
Se incorporan los artículos 2-A, 2-B, 2-C, 2-D, 2-E, 2-F, 2-G y 2-H en la Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, con los siguientes textos:

Artículo 2-A. Acceso del paciente a su información clínica

2-A.1 El paciente tiene derecho a consultar y obtener copia de la información disponible en su historia clínica electrónica, de manera segura, comprensible y accesible, mediante el RENHICE y los sistemas de información de los prestadores, previa verificación de su identidad. El acceso comprende los registros clínicos, resultados de exámenes, indicaciones, prescripciones e informes incorporados a su historia, con las limitaciones expresamente previstas por ley para proteger derechos de terceros.

2-A.2 La consulta y descarga digital de la información disponible son gratuitas. No se exige expresar motivos, acreditar una nueva atención, cancelar deudas por prestaciones de salud ni obtener autorizaciones administrativas adicionales a la verificación de identidad y de legitimación para el acceso.

2-A.3 Cuando la entrega requiera intervención del prestador, la información digital disponible se proporciona en un plazo máximo de tres días hábiles. La documentación que aún se encuentre únicamente en soporte físico se entrega en copia dentro de cinco días hábiles, sin que dicho plazo imponga la digitalización íntegra del archivo histórico. Se aplican los plazos más favorables establecidos en otras normas.

2-A.4 La información clínicamente necesaria para una emergencia se comunica de inmediato al equipo tratante por un medio seguro disponible. La atención no puede condicionarse a la presentación de la historia clínica, a su disponibilidad electrónica ni a la culminación del trámite de copia.

2-A.5 El prestador brinda un canal presencial o asistido para las personas sin conectividad, con discapacidad o con dificultades para utilizar medios digitales. La entrega de copias físicas se sujeta a la normativa vigente sobre derechos de los usuarios, sin trasladar al solicitante costos de búsqueda, autorizaciones internas o intermediación administrativa.

Artículo 2-B. Acceso autorizado de familiares y personas de confianza

2-B.1 El paciente puede autorizar a uno o más familiares o personas de su confianza a consultar u obtener su información clínica. La autorización puede otorgarse presencialmente o mediante mecanismos electrónicos seguros, identifica al autorizado y establece su alcance y duración. Puede ser revocada por el paciente en cualquier momento. No se exige legalización notarial, salvo supuesto expresamente previsto por ley.

2-B.2 El parentesco, la convivencia o la condición de cuidador no confieren, por sí solos, acceso a la historia clínica. Los representantes legales acceden conforme a sus facultades y a la legislación vigente. En el caso de niñas, niños y adolescentes se respetan su interés superior, autonomía progresiva y los supuestos de confidencialidad previstos por el ordenamiento.

2-B.3 La discapacidad no restringe por sí misma la capacidad de decidir sobre la información clínica. Se facilitan los apoyos y ajustes razonables que correspondan, respetando la voluntad y preferencias de la persona.

2-B.4 Cuando el paciente no pueda expresar su voluntad, la información a familiares, representantes o personas vinculadas a su cuidado se proporciona únicamente en los supuestos, con el alcance y las salvaguardas permitidos por la legislación sanitaria y de protección de datos personales. La imposibilidad de expresar voluntad no habilita la entrega indiscriminada de la historia completa.

Artículo 2-C. Intercambio de información para la continuidad asistencial

2-C.1 Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo intercambian, a través del RENHICE y los sistemas interoperables acreditados, la información necesaria para la atención del paciente, de acuerdo con la autorización exigida por la Ley 30024 o con la excepción legal aplicable. El acceso se limita al personal autorizado que interviene en su atención y a los datos pertinentes para esa finalidad.

2-C.2 En las referencias, contrarreferencias, traslados y altas, el prestador de origen pone a disposición del equipo receptor la información clínica necesaria y entrega al paciente un resumen de continuidad asistencial. Este contiene, cuando corresponda, diagnósticos, alergias, medicamentos vigentes, procedimientos relevantes, resultados disponibles, cuidados pendientes y signos de alarma. El resumen no sustituye la historia clínica ni limita el derecho a obtenerla.

2-C.3 No se exige al paciente gestionar convenios entre prestadores, realizar trámites de intercambio interno ni presentar copias de información que el equipo tratante pueda obtener legalmente mediante los sistemas interoperables disponibles. La obligación se

aplica según la incorporación efectiva del prestador al sistema, sin restringir el derecho de acceso por otros medios.

2-C.4 El personal tratante puede acceder a los datos estrictamente necesarios en una emergencia cuando concurra una excepción legal al consentimiento y el paciente no pueda autorizar el acceso. Registra su identidad, el motivo clínico, la fecha y los datos consultados; el acceso queda sujeto a revisión posterior. Esta regla no crea una autorización general para consultar historias clínicas.

Artículo 2-D. Calidad y digitalización de la información clínica

2-D.1 La información clínica electrónica se registra oportunamente, identifica al profesional responsable y preserva su autenticidad, integridad, disponibilidad y trazabilidad, de acuerdo con las normas técnicas del Ministerio de Salud. Las rectificaciones se efectúan mediante registros vinculados que conservan el contenido original y el motivo de la modificación.

2-D.2 La incorporación progresiva de información contenida en soporte físico prioriza los antecedentes relevantes de pacientes en atención, enfermedades crónicas, tratamientos de alto riesgo y continuidad de cuidados. La conversión verifica identidad, legibilidad, procedencia y correspondencia con el documento original.

2-D.3 El escaneo de documentos no reemplaza los datos clínicos estructurados necesarios para la interoperabilidad. Los originales y sus reproducciones se conservan conforme a la legislación aplicable; la digitalización no autoriza su destrucción automática.

2-D.4 La persona puede solicitar la corrección de datos inexactos conforme a la legislación de protección de datos personales. La corrección de una inexactitud no permite borrar actuaciones clínicas válidamente registradas ni alterar retrospectivamente una opinión profesional sin dejar constancia de la revisión.

Artículo 2-E. Interoperabilidad y estándares comunes

2-E.1 El Ministerio de Salud, como ente rector, establece y actualiza los estándares de identificación del paciente, contenido clínico, terminología, intercambio, autenticación y seguridad necesarios para la interoperabilidad, en coordinación con la autoridad competente en gobierno digital y con respeto a las competencias de la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales.

2-E.2 Los prestadores adecuan progresivamente sus sistemas a dichos estándares y al proceso de acreditación vigente. La interoperabilidad permite el intercambio entre sistemas distintos y no impone la adquisición de un producto o proveedor determinado. Se aprovechan el RENHICE, la Plataforma Nacional de Interoperabilidad y los servicios existentes.

2-E.3 Las nuevas adquisiciones y actualizaciones de sistemas de historias clínicas electrónicas contemplan, conforme a la normativa de contratación aplicable, requisitos de interoperabilidad, exportación de datos, seguridad y continuidad del servicio, evitando la dependencia técnica que impida recuperar o transferir la información clínica.

Artículo 2-F. Protección de datos y seguridad

2-F.1 El tratamiento de información clínica se sujeta a la Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales, su reglamento y la legislación sanitaria. Se aplican controles de acceso por funciones, autenticación segura, protección de las comunicaciones y del almacenamiento, copias de respaldo y medidas de recuperación proporcionales al riesgo.

2-F.2 Los sistemas registran los accesos, entregas, modificaciones y transferencias. El paciente puede solicitar información sobre los accesos a sus datos en términos comprensibles, sin afectar investigaciones o restricciones expresamente previstas por ley.

2-F.3 Los incidentes de seguridad se gestionan y notifican a las autoridades competentes y a las personas afectadas en los supuestos y plazos previstos por la normativa vigente. No se habilita el uso comercial, publicitario o discriminatorio de la información clínica. La investigación se rige por sus disposiciones específicas y no constituye una vía de acceso a datos identificables al amparo de esta ley.

2-F.4 Los prestadores mantienen procedimientos de contingencia ante fallas, pérdida de conectividad o indisponibilidad del servicio. Estos permiten continuar la atención, registrar las actuaciones y recuperar e incorporar la información una vez restablecido el sistema, con las garantías de seguridad correspondientes.

Artículo 2-G. Supervisión y tutela del derecho de acceso

2-G.1 El Ministerio de Salud supervisa el cumplimiento de los estándares y obligaciones técnicas dentro de sus competencias. SUSALUD supervisa los derechos de los usuarios y atiende las denuncias correspondientes. La Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales ejerce sus atribuciones sobre el tratamiento de datos personales.

2-G.2 Los prestadores informan al paciente, de manera visible y comprensible, cómo acceder a su historia clínica, autorizar a otra persona y presentar un reclamo. La denegación total o parcial debe estar motivada, identificar su fundamento legal e indicar la vía de reclamación; no suspende la entrega de los documentos que sí puedan proporcionarse.

2-G.3 Las responsabilidades y sanciones se determinan conforme a los regímenes vigentes, respetando la legalidad, tipicidad, debido procedimiento y prohibición de doble sanción por el mismo fundamento. La presente ley no crea infracciones por remisión genérica.

Artículo 2-H. Implementación y rendición de cuentas

2-H.1 El Ministerio de Salud conduce la implementación progresiva de estas garantías utilizando los instrumentos de planificación existentes. Publica las etapas de adecuación, los responsables, la línea de base, los recursos disponibles y las metas verificables, con prioridad en emergencias, redes de referencia y contrarreferencia y población con mayor riesgo de interrupción de cuidados.

2-H.2 El Ministerio de Salud publica anualmente un informe de avance con indicadores de prestadores acreditados e interoperables, disponibilidad del servicio, tiempos de

entrega de información, referencias con resumen de continuidad y reclamos por acceso. La publicación utiliza información agregada que no permita identificar a los pacientes.

2-H.3 La programación comprende conectividad, capacitación, asistencia a usuarios, calidad de datos y mantenimiento. No se considera cumplida la implementación por la sola adquisición de equipos o digitalización de documentos.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera. Adecuación reglamentaria
El Poder Ejecutivo adecúa el Reglamento de la Ley 30024 a la presente ley dentro de ciento veinte días calendario desde su entrada en vigor. La adecuación precisa los mecanismos de autorización, autenticación, entrega asistida y supervisión, así como las etapas de incorporación de prestadores, sin introducir exigencias que desnaturalicen los derechos reconocidos.

Segunda. Programación y financiamiento
La implementación se realiza con cargo a los presupuestos institucionales de las entidades involucradas, dentro de las competencias y asignaciones autorizadas y sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público. No se crean entidades, plazas, fondos ni transferencias obligatorias. Las inversiones o ampliaciones que requieran recursos no disponibles se sujetan a la programación multianual, a las normas de inversión y a las leyes anuales de presupuesto, cuya iniciativa corresponde al Poder Ejecutivo. Los prestadores privados cumplen las obligaciones aplicables con sus propios recursos, conforme a las etapas de adecuación.

Tercera. Aplicación de las garantías de acceso
Las garantías de acceso a la información existente y de atención sin condicionamientos administrativos se aplican desde la entrada en vigor de la presente ley. La interconexión y los servicios digitales que requieren adecuación tecnológica se implementan conforme a las etapas publicadas por el Ministerio de Salud. La falta de integración al RENHICE no justifica denegar una copia por los canales disponibles.

Cuarta. Seguimiento parlamentario
El informe anual previsto en el artículo 2-H de la Ley 30024 se remite a las comisiones competentes en salud de ambas cámaras del Congreso, para el seguimiento de la implementación, sin incluir datos personales de los pacientes.



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. Planteamiento del problema público

Una persona que cambia de hospital no debería tener que reconstruir de memoria su enfermedad, volver a buscar sus resultados o esperar un trámite administrativo para que el nuevo médico conozca su tratamiento. La información sobre alergias, medicamentos, diagnósticos y procedimientos puede ser decisiva para atenderla de forma segura.

Cuando esa información permanece aislada en archivos o sistemas que no se comunican, la continuidad del cuidado depende de lo que el paciente y su familia logren trasladar.
El problema que aborda la iniciativa es la distancia entre el reconocimiento normativo del acceso a la información clínica y su disponibilidad oportuna durante la atención.

Comprende la fragmentación entre prestadores, trámites de copia, escasa facilidad para autorizar a una persona de confianza, diferencias de calidad de los registros y capacidades tecnológicas desiguales. La burocracia puede agravar la vulnerabilidad de quien ya enfrenta una enfermedad; sin embargo, esta exposición no atribuye muertes o daños específicos sin evidencia individual que permita acreditarlos.

La solución exige gestión, infraestructura y fiscalización, además de normas. La ley propuesta se concentra en garantías exigibles que requieren uniformidad nacional: plazos, prohibición de condicionamientos indebidos, autorización a terceros, continuidad asistencial y trazabilidad. La contratación de sistemas, la conectividad y la capacitación corresponden a la conducción administrativa del sector. No se propone crear otro registro ni sustituir el RENHICE.

II. Evidencia que sustenta el problema

- El RENHICE fue creado en 2013 y su marco fue optimizado por el Decreto Legislativo 1306 y ampliado por la Ley 31750 de 2023. Esta última regula el respaldo y la interoperabilidad y el acceso a información disociada para investigación. Su existencia muestra que el vacío no consiste en la ausencia de un registro nacional, sino en la necesidad de fortalecer garantías y ejecución [1–3].
- La OPS informó en junio de 2025 sobre la validación de interoperabilidad en Perú mediante una Conectatón. La experiencia acredita avances técnicos de intercambio seguro, pero no equivale a demostrar cobertura universal ni disponibilidad en cada establecimiento. La iniciativa aprovecha esas capacidades sin presentarlas como una implementación ya concluida [4].
- La Directiva Administrativa 373-MINSA/OGTI-2025, aprobada por la Resolución Ministerial 164-2025/MINSA, regula la acreditación de sistemas. Una resolución publicada en 2026 amplió hasta doce meses adicionales determinados plazos de esa directiva. Ello confirma que la adecuación es un proceso en curso y exige metas realistas; no acredita por sí solo incumplimiento de todos los prestadores [5].
- El Decreto Supremo que modificó el reglamento en noviembre de 2025 desarrolla especialmente el acceso a datos disociados para investigación. Esta reforma es relevante para mantener separados el acceso asistencial y el uso secundario de datos: la nueva propuesta no debe convertir la investigación en una autorización para consultar historias identificables [6].

III. Objetivos generales y específicos

El Objetivo general de la propuesta legislativa es proteger la continuidad de la atención integral mediante el acceso oportuno del paciente y el intercambio autorizado y seguro de información clínica entre prestadores.

Asimismo, entre los objetivos específicos destacan: facilitar consulta y copia sin trámites innecesarios; permitir que el paciente autorice a familiares o personas de confianza; asegurar información útil en traslados y referencias; fortalecer calidad, interoperabilidad y protección de datos; preservar canales asistidos para quienes enfrentan brechas digitales; y medir resultados de implementación.

IV. Fundamentación de la iniciativa

- La historia clínica es un instrumento del cuidado integral: Esta historia organiza la trayectoria de salud de una persona y permite comprender decisiones previas, respuestas a tratamientos y necesidades pendientes, por lo que fortalecerla ayuda a coordinar prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Por ejemplo, en enfermedades crónicas y tratamientos complejos, la continuidad exige conocer la evolución y no únicamente el motivo de la última consulta.

Una historia escaneada puede facilitar la lectura, pero no garantiza interoperabilidad pues para que dos sistemas comprendan e intercambien información se requieren identidad confiable, campos estructurados, terminologías comunes y reglas de acceso, es por ello que la iniciativa distingue ambas tareas y prioriza antecedentes relevantes, sin ordenar el escaneo inmediato de todos los archivos históricos.

Por ejemplo, si un paciente es referido por una complicación, el equipo receptor necesita conocer alergias, medicamentos y exámenes recientes. Un resumen de continuidad permite iniciar decisiones con mejor información mientras se consulta la historia completa.

La propuesta no prohíbe repetir exámenes clínicamente indicados: evita que la ausencia de intercambio obligue a repetirlos por razones meramente documentales.

- Participación del paciente y su familia: Acceder a la historia permite comprender el tratamiento, preparar una segunda opinión y acompañar el cuidado.

La familia puede ayudar a organizar medicamentos y citas cuando la persona así lo decide. Ese apoyo debe respetar la confidencialidad: revelar automáticamente una enfermedad por el solo vínculo familiar puede vulnerar derechos y desalentar la atención, por ello se regula una autorización específica, revocable y sencilla, con protección diferenciada para menores y personas que requieren apoyos.

- Compatibilidad constitucional. La propuesta desarrolla la dignidad y protección de la persona del artículo 1; los derechos a la vida e integridad y a la protección frente al uso lesivo de información personal de los numerales 1 y 6 del artículo 2; la intimidad del numeral 7; la protección de la salud del artículo 7; y la rectoría y acceso equitativo del artículo 9 de la Constitución.

- Facilita el cuidado sin eliminar la reserva de datos sensibles. La proporcionalidad se expresa en acceso limitado por finalidad, mínima información necesaria, autorización y auditoría.

Las excepciones al consentimiento no se crean de forma abierta. En emergencias se aplican las excepciones ya previstas por la legislación sanitaria y de datos personales, con registro y revisión posterior. La incapacidad temporal de expresarse no concede a

cualquier familiar acceso a toda la historia. La atención tampoco debe esperar a que el sistema se restablezca.

- Competencias y gestión: El MINSA conduce las normas y la implementación sanitaria; la autoridad de gobierno digital aporta estándares transversales; SUSALUD tutela derechos de usuarios; y la autoridad de protección de datos controla el tratamiento de información personal.

La coordinación evita crear un organismo nuevo. Los prestadores conservan sus deberes de custodia, calidad y seguridad.

- Viabilidad y límites. El derecho a una copia de información existente puede exigirse de inmediato; conectar todos los prestadores requiere adecuación progresiva.

Prometer acceso universal instantáneo sin conectividad, acreditación y personal capacitado sería técnicamente insostenible. La presente propuesta combina derechos de aplicación inmediata con programación de la interoperabilidad y evaluación pública de resultados.

- Iniciativa de gasto. El artículo 79 de la Constitución limita la iniciativa parlamentaria para crear o aumentar gasto público.

La propuesta no crea un programa financiado, personal adicional ni obligaciones de transferencias. Sin embargo, software, almacenamiento, seguridad y capacitación tienen costos reales.

- **Derecho comparado**

España: La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud permite acceder a documentación relevante para atender a una persona fuera de su ámbito habitual, con acceso restringido a personas autorizadas. El beneficio funcional es que la movilidad del paciente no obligue a empezar su historia desde cero. Para Perú resulta útil priorizar documentos y datos clínicos esenciales e intercambiarlos entre redes, manteniendo controles de acceso. La experiencia consultada no se presenta como acceso automático a toda la historia en cualquier prestador privado [7].

Uruguay: La Historia Clínica Electrónica Nacional articula la continuidad asistencial entre prestadores y el servicio Mi Historia Clínica Digital permite al usuario acceder a su información y gestionar habilitaciones de acceso. El diseño vincula el intercambio clínico con participación del paciente. Para Perú, la enseñanza es integrar gobernanza, identidad digital y derechos del usuario en una infraestructura común, sin reducir la transformación a escanear archivos. Las fuentes describen funcionalidades y propósitos; no se extrapola una reducción porcentual de costos o daños [8–9].

Finlandia: MyKanta permite consultar anotaciones relacionadas con la atención y resultados de laboratorio, solicitar renovación de recetas y decidir sobre determinados usos de datos. Kanta informa también cómo verificar qué unidades han tratado los registros. El beneficio funcional consiste en hacer visible la información al paciente y fortalecer la trazabilidad. Para Perú se propone consulta accesible y registro de accesos; no es necesario replicar todos los componentes de ese sistema [10–11].
Las tres experiencias muestran que la continuidad requiere información útil, reglas de intercambio y participación de las personas. Su adaptación exige reconocer la fragmentación del sistema peruano, brechas territoriales y capacidades presupuestales. La tecnología por sí sola no acredita mejores resultados sanitarios: la información debe estar completa, disponible y ser utilizada oportunamente por los equipos tratantes.

V. Antecedentes legislativos, investigaciones y fuentes utilizadas

Los principales antecedentes son la Ley 30024, el Decreto Legislativo 1306, la Ley 31750 y el Reglamento aprobado por Decreto Supremo 009-2017-SA, con sus modificaciones.

Se consideran también la Ley General de Salud 26842, la Ley 29414 sobre derechos de usuarios de salud, la Ley 29733 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo 016-2024-JUS, y el Decreto Legislativo 1412, Ley de Gobierno Digital. Estos regímenes mantienen su aplicación; el proyecto no sustituye sus reglas de responsabilidad ni sus procedimientos.

La Ley 31750 constituye un antecedente sustancial porque ya incorpora la interoperabilidad. No corresponde presentar el proyecto como la primera iniciativa sobre historias electrónicas. No se afirma que no existan otros proyectos parlamentarios ni se atribuye estado procesal a iniciativas no verificadas. La revisión de antecedentes deberá actualizarse al momento del registro formal.

Las fuentes oficiales de implementación y las experiencias de España, Uruguay y Finlandia se utilizan como referencias de diseño institucional y acceso ciudadano.

- **Fuentes Utilizadas**

[1] Congreso de la República. Ley 30024. Texto original. https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/30024.pdf
[2] Decreto Legislativo 1306. Antecedente de optimización del RENHICE, identificado en la normativa oficial de acreditación citada en [5].
[3] Congreso de la República. Ley 31750, modificación de los artículos 2 y 4 de la Ley 30024. https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2180595-1
[4] OPS. Transformación digital: Perú valida interoperabilidad de historias clínicas electrónicas, 20 de junio de 2025. https://www.paho.org/es/noticias/20-6-2025-transformacion-digital-peru-valida-interoperabilidad-historias-clinicas
[5] El Peruano. Ampliación de plazos de la Directiva Administrativa 373-MINSA/OGTI-2025, aprobada por RM 164-2025/MINSA. https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/EX/2494135-1
[6] El Peruano. Decreto Supremo que modifica el Reglamento de la Ley 30024, noviembre de 2025. https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2463489-2
[7] Ministerio de Sanidad de España. Historia Clínica Digital del SNS, contenido y documentación.
https://www.sanidad.gob.es/ca/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/home.htm
[8] Agesic, Uruguay. Historia Clínica Electrónica Nacional. https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/historia-clinica-electronica-nacional
[9] Ministerio de Salud Pública, Uruguay. Mi Historia Clínica Digital. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tramites-y-servicios/servicios/historia-clinica-electronica-nacional
[10] Kanta, Finlandia. MyKanta. https://www.kanta.fi/en/mykanta
[11] Kanta, Finlandia. How to check where your records have been handled. https://www.kanta.fi/en/how-to-check-where-your-records-have-been-handled
[12] Acuerdo Nacional. Políticas de Estado 13 y 35. https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado/politicas-de-estado-castellano/
[13] MINSA. DS 026-2020-SA, Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030. https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1113419-026-2020-sa
[14] PCM. Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030, DS 103-2022-PCM. https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/3361746-103-2022-pcm

[15] PCM. Política Nacional de Transformación Digital al 2030, DS 085-2023-PCM. https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/4471543-085-2023-pcm

VI. Sectores comprendidos

Comprende al MINSA y sus establecimientos, gobiernos regionales y prestadores locales que correspondan, EsSalud, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, establecimientos privados y mixtos y servicios médicos de apoyo. Involucra a SUSALUD, a la autoridad de gobierno digital y a la Autoridad Nacional de Protección de Datos

Personales dentro de sus atribuciones. Los pacientes, representantes, personas autorizadas y profesionales de salud son beneficiarios o sujetos de obligaciones de acceso y reserva.

La aplicación comprende las relaciones de atención e intercambio entre prestadores; no modifica la afiliación, cobertura de seguros, tarifas de prestaciones ni las reglas de admisión o competencia de cada institución. Disponer de antecedentes clínicos no equivale a reconocer cobertura financiera automática en cualquier establecimiento.

VII. Normas que se modifican o derogan

La fórmula incorpora los artículos 2-A al 2-H a la Ley 30024. No sustituye el texto de los artículos 2 y 4 modificados por la Ley 31750 ni deroga normas. La técnica de incorporación preserva el régimen del RENHICE y agrega garantías específicas junto a su definición. El Reglamento de la Ley 30024 requiere adecuación por el Poder Ejecutivo.

Cuadro comparativo de incorporación normativa

Texto vigente	Texto propuesto
No existen los artículos 2-A al 2-H con el contenido de esta iniciativa. El artículo 2 regula la infraestructura del RENHICE y el acceso en los términos de la Ley 31750.	Artículo 2-A: acceso y entrega. Artículo 2-B: autorización a familiares y terceros. Artículo 2-C: continuidad asistencial. Artículo 2-D: calidad y digitalización.
La Ley 30024 ya regula confidencialidad, acceso, seguridad e implementación; esas disposiciones permanecen vigentes.	Artículo 2-E: estándares comunes. Artículo 2-F: seguridad y contingencia. Artículo 2-G: supervisión y tutela. Artículo 2-H: etapas e indicadores. El texto íntegro de las incorporaciones consta en el artículo 3 de la fórmula legal.

VIII. Análisis costo-beneficio

Los principales beneficios esperados son una atención con mejores antecedentes, menor carga de traslado documental para pacientes y cuidadores, mayor facilidad para obtener una segunda opinión y mejor coordinación entre prestadores. También se espera reducir reprocesos administrativos y repeticiones de exámenes ocasionadas exclusivamente por falta de información.

Los costos comprenden adecuación y mantenimiento de sistemas, conectividad, almacenamiento, autenticación, respaldo, ciberseguridad, conversión priorizada de documentos y capacitación. Para prestadores privados se generan costos de cumplimiento proporcionales a su situación tecnológica. Los equipos clínicos asumen tareas de calidad documental y resumen de continuidad, que deben integrarse al flujo de atención para evitar registros duplicados.

Los riesgos principales son filtraciones, accesos por familiares sin autorización, errores de identidad, caídas del servicio, exclusión digital y dependencia de proveedores. Se mitigan con verificación de identidad, acceso por funciones, autorizaciones revocables, auditoría, canales asistidos, contingencia y exportación de datos. La implementación debe comprobar tanto la facilidad de uso como la seguridad.

Como alternativa, el Ejecutivo puede mejorar procedimientos y acelerar acreditación mediante gestión y reglamentación. Esa vía resulta indispensable y debe continuar. La ley se justifica para uniformar garantías de acceso y continuidad que no deberían depender del prestador.

La evaluación debe comparar tiempos de entrega, proporción de referencias con información útil, disponibilidad, reclamos y accesos indebidos antes y después de cada etapa. La primera línea de base permitirá revisar beneficios y costos sin comprometer la confidencialidad.

IX. Impacto ambiental

La propuesta no regula actividades con intervención directa sobre ecosistemas. Puede disminuir el uso de papel y algunos desplazamientos para recoger documentos; también aumenta necesidades de equipos, almacenamiento y energía. La gestión de residuos electrónicos y la adquisición responsable deben seguir la normativa ambiental vigente.

XI. Concordancia de la propuesta con el Acuerdo Nacional y políticas públicas

La presente propuesta legislativa tiene concordancia con el Acuerdo Nacional, específicamente en las siguientes políticas de Estado:

- Política de Estado 13, Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social. La propuesta facilita la continuidad del cuidado, el acceso oportuno a información para decisiones clínicas y la atención de personas con mayores necesidades de acompañamiento. La correspondencia consiste en mejorar condiciones de calidad y acceso; no reemplaza las medidas de cobertura, recursos humanos y financiamiento [12].
- Política de Estado 35, Sociedad de la información y sociedad del conocimiento. La interoperabilidad, los canales asistidos y la seguridad de datos se vinculan con el uso de tecnologías en salud, inclusión digital y respeto de derechos en entornos digitales. La implementación debe llegar a las regiones y evitar que la ausencia de conectividad excluya a las personas [12].

Asimismo, tiene concordancia con la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable", aprobada por DS 026-2020-SA pues la información clínica disponible contribuye al cuidado integral y a la coordinación de servicios a lo largo de la vida y la presente iniciativa contribuye concretamente en la continuidad, referencias y seguimiento, bajo conducción del MINSA [13].

Adicionalmente, tiene concordancia con la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030, aprobada por DS 103-2022-PCM, toda vez que la propuesta orienta el proceso documental hacia las necesidades de las personas y exige medir resultados de acceso y continuidad. Reducir trámites sin utilidad clínica y coordinar prestadores permite generar valor público mediante servicios más oportunos [14].

También contamos que la presente propuesta concuerda con el contenido de la Política Nacional de Transformación Digital al 2030, aprobada por DS 085-2023-PCM. Los estándares comunes, la autenticación, la interoperabilidad, la seguridad y la asistencia a

usuarios contribuyen a servicios digitales confiables y accesibles. La concordancia exige desarrollar capacidades y gobernanza, además de plataformas [15].

Esta concordancia es una valoración de coherencia de la iniciativa con políticas vigentes. No constituye habilitación presupuestal ni demuestra, por sí misma, que la ejecución esté financiada. Su materialización debe verificarse mediante las metas, recursos e indicadores de la implementación.

Lima, 22 de octubre de 2026.