Proyecto de Ley N°.....3432/2022-CR

CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Área de Trámite y Digitalización de Documentos
02 NOV. 2022
RECIBIDO
Firma ..... Hora 10:35am

SUMILLA: LEY QUE MODIFICA EL ARTÍCULO 2, NUMERAL F) DEL ARTÍCULO 4, NUMERAL 5.1 Y 5.2 DEL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30024, LEY QUE CREA EL REGISTRO NACIONAL DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS.

Los Congresistas de la República que suscriben a iniciativa del congresista **Paul Silvio Gutiérrez Ticona**, miembro del grupo parlamentario "Bloque Magisterial de Concertación Nacional", en estricto cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 107º de la Constitución Política del Estado y de conformidad con lo establecido en el literal c) del artículo 22° y los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, presenta la siguiente propuesta legislativa:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;
Ha dado la Ley siguiente:

LEY QUE MODIFICA EL ARTÍCULO 2, NUMERAL F) DEL ARTÍCULO 4, NUMERAL 5.1 Y 5.2 DEL ARTÍCULO 5 DE LA LEY 30024, LEY QUE CREA EL REGISTRO NACIONAL DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS

Artículo 1. Objeto de la Ley
La presente ley tiene por objeto garantizar la seguridad de los datos de las historias clínicas electrónicas, y así como dar acceso a la investigación científica para buscar los tratamientos y la atención médica.

Artículo 2. Modificación del artículo 2, del numeral f) del artículo 4, el numeral 5.1 y 5.2 del artículo 5 de la Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
Se modifica el artículo 2 de la Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clónicas Electrónicas, quedando redactados con el siguiente texto:

*"**Artículo 2. Creación y definición del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.***

2.1. Créase el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, como la infraestructura tecnológica especializada en salud que mantiene la información de la historia clínica electrónica de respaldo y permite al paciente, o a su representante legal y a los profesionales de la salud que son previamente autorizados por aquellos, el acceso a la información clínica contenida en las historias clínicas electrónicas, así como a la información clínica básica y a la información clínica resumida contenida en el mismo, dentro de los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de la atención en los establecimientos de salud y en los servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos, en el ámbito de la Ley 26842, Ley General de Salud.

Excepcionalmente el jefe del nosocomio mediante acto administrativo, autorizará el acceso a la información clínica del paciente con fines académicos y de investigación médica y/o científica a instituciones académicas, públicas y/o

Plaza Bolívar, Av. Abancay s/n Ofic. 510 – Lima - Perú Tlfs: (51) 311 7777 – Anexo 7284

privadas, que cumplan los requisitos mínimos señalados en el reglamento de la presente Ley.

2.2. El Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas contiene un repositorio o banco de datos de historias clínicas electrónicas a modo de respaldo, la cual será gestionada por el Ministerio de Salud, quien es el titular de dicha base de datos ***y además garantiza la seguridad informática y la protección de datos personales****.*

2.3. El Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas utiliza la Plataforma de Interoperabilidad del Estado (PIDE) para el acceso a la información clínica ***deberá ser autorizada por el paciente o su representante legal o los profesionales de la salud, según corresponda o por mandato judicial****."*

Artículo 4. Objetivos del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas
El Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas cumple con los objetivos siguientes:
[...]

f. Brindar información de manera anónima a las instituciones académicas públicas y/o privadas así como a entidades del sector privado únicamente y exclusivamente para el desarrollo de la investigación científica médica, previa aprobación por el responsable del establecimiento, y que por medio existan convenios de cooperación interinstitucional con el Ministerio de Salud.

g. Los demás que establezca el reglamento de la presente Ley.

Artículo 5. Administración y organización del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas

5.1. El Ministerio de Salud administra ***y garantiza la protección de datos personales en*** *el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas* ***para ello queda facultado emitir*** *las normas complementarias para el establecimiento de los procedimientos técnicos y administrativos necesarios para su implementación y sostenibilidad, a fin de garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación y seguridad de la información contenida en las historias clínicas electrónicas.*

5.2. El Ministerio de Salud ***dentro de sus facultades emite el reglamento del código único Historias Clínicas Electrónicas*** *para cada ciudadano y la autoridad regional de salud acredita la interconexión al sistema de historias clínicas electrónicas que implementan los establecimientos de salud pública y/o privada, así como a los servicios médicos de apoyo.*

(...)"

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Reglamento
El Poder Ejecutivo reglamenta la presente ley en un plazo máximo de noventa días calendarios, contado a partir del día siguiente de su publicación en el diario oficial El Peruano.

SEGUNDA. Vigencia de la norma

La presente Ley, entra en vigencia a partir del día siguiente de la publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Lima, 04 de Octubre de 2022

Paul Gutiérrez Ticona.

Elizabeth S. Medina H.

Francis J. Paredes Castro
Congresista

Katy Ugarte M.

Pasión Dávila A.
congresista.

Lucinda Vásquez V.
congresista.

Alex A. Paredes Gonzales

Paul Gutiérrez Ticona
VOCERO.

EXPOSICION DE MOTIVOS

I. INTRODUCCION Y MARCO NORMATIVO

La salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Por lo que su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; concordante con el numeral 1 del artículo 1° de la Ley 27658, Ley Marco de Modernización ele la Gestión del Estado, que declara al Estado peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión publica y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano; este mandato imperativo social es concordante con el numeral 5 de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Publica al 2021, aprobada mediante Decreto Supremo 004-2013-PCM, que establece que el Sistema de Modernización de la Gestión Publica se diferencia de los demás sistemas administrativos porque no regula un proceso especifico de soporte de la gestión. Se trata de un sistema que impulsa reformas en todos los ámbitos de la gestión publica, aplicables a todas las entidades y niveles de gobierno.

Asimismo, señala que el ente rector de la modernización debe, entre otros aspectos, ser una institución promotora de la cultura de servicio al ciudadano y de procesos de innovación de gestión en las entidades; líder en la generación de conocimiento y normatividad en la materia; articuladora de capacidades e información para la modernización de la gestión; así como gestora y facilitadora de las reformas legislativas e institucionales necesarias para implementar la Gestión por Resultados en todos los niveles de gobierno; y en el presente caso aplicable el numeral 7.1 del artículo 7° del Reglamento del Sistema Administrative de Modernización de la Gestión del Estado, aprobado por el Decreto Supremo 123-2018- PCM, establece que la gestión por procesos tiene como propósito organizar, dirigir y controlar las actividades de trabajo de una entidad pública de manera transversal a las diferentes unidades de la organización, para contribuir con el logro de los objetivos institucionales; Es así que el ítem 5.1.2 de la Norma Técnica 001-2018-SGP, Norma Técnica para la Implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de Administración Publica, aprobada por la Resolución de Secretaria de Gestión Publica 006-2018-PCM/SGP, dispone que la Política Nacional de Modernización de la Gestión Publica, señala que la gestión por procesos es un componente de la gestión publica orientada a resultados que contribuye con la identificación de los procesos de la entidad, contenidos en las cadenas de valor, que aseguren que los bienes y servicios públicos bajo su responsabilidad generen productos de cara a los ciudadanos, dados los recursos disponibles; adicionalmente, el tercer pilar central de la presente política, denominado "Gestión por Procesos, Simplificación Administrativa y Organización Institucional", señala que debe adoptarse de manera paulatina la gestión por procesos en todas las entidades, estableciendo que la optimización de los procesos de la cadena productiva y el alineamiento correspondiente de los procesos de soporte debe comenzar tomando las definiciones de la estrategia en relación al servicio que se tiene que producir.

Es así, que en la presente iniciativa legislativa recurrimos a la Norma Técnica de Salud[1] que

[1] NTS N° 139 MINSA/2018/DGAIN

regula los procedimientos para la Gestión de la Historia Clínica la misma que tiene como finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas tradicionales e incorporando las Historias Clínicas Electrónicas, así como a proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de la salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS del Sector Salud sean publicas y/o privadas. Lo cual en base a esos lineamientos recogemos sus objetivos de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y tiene como:

1) Establecer los procedimientos técnicos y administrativos para el manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, en las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud.

2) Establecer el manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado en la Historia Clínica, en relación con el conjunto de prestaciones que se oferta y recibe el usuario de salud; respetando los aspectos legales y administrativos del proceso de atención de salud, en correspondencia con el actual contexto sanitario, y de desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la salud.

- **Un Modelo Tradicional de Atención al Asegurado**

La atención al asegurado para el primer nivel de atención previo a la pandemia por la COVID-19 se realizaba en el establecimiento de salud de adscripción o el que se encontraba más cerca al domicilio, y que la entrega de los Formatos Únicos de Atención en Salud – FUAS realizada por los establecimientos de salud tenían un plazo de 30 días de realizada la atención, seguido de los procesos de control tales como el proceso de Control Presencial Posterior – PCPP de forma previa a la valorización de la prestación del asegurado.

En el contexto de la COVID-19 en el 2020, la IAFAS-SIS emprendió una serie de medidas para facilitar la atención al asegurado y a la gestión del FUA en las IPRESS, siendo:

1. Se autorizó la ruptura prestacional a nivel nacional para el primer nivel de atención, lo que permitió al asegurado atenderse en cualquier establecimiento de salud público a razón que la cuarentena limitaba que el asegurado retorno a su domicilio habitual.
2. Se amplió el plazo de digitación de los FUAS por 30 días adicionales en los tres niveles de atención, para priorizar la atención por parte de los profesionales de salud, más que en la realización de procesos administrativos por la alta demanda de pacientes con COVID-19.
3. Se suspendió temporalmente el PCPP, que consistía en una auditoria de seguro de la historia clínica de manera presencial, en vista que la mayoría de los establecimientos carecen de Historia Clínica Electrónica. Además de proteger la salud de los auditores de la IAFAS-SIS.
4. Se amplió el tope de registro de medicamentos hasta 120 días calendario para beneficiar a los asegurados con enfermedades crónicas y limiten su asistencia a

los establecimientos de salud[2].

5. Se estableció la cobertura completa de cremación/inhumación en caso de fallecimiento por infección por COVID-19[3].
6. Se dispuso la cobertura prestacional económica de sepelio con sospecha o diagnostico confirmado del COVID-19[4].
7. Se otorgó la cobertura financiera a los asegurados, aunque exista una limitante de pago por el afiliado SIS Independiente, SIS Emprendedor (NRUS) y SIS MYPE.
8. Se brindó la contratación de paquetes de servicios de atención de Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave (IRAG) con necesidad de ventilación mecánica en la UPSS cuidados intensivos de IPRESS privadas y mixtas, para asegurados SIS con diagnóstico de COVID-19 en el marco de la implementación del Decreto Legislativo N° 1466.

Por lo expuesto, la IAFAS-SIS ha logrado:

(i) brindar la cobertura a 32,452 afiliados atendidos fuera del establecimiento de adscripción, que corresponde a 46,805 atenciones;
(ii) transferir a las Unidades Ejecutoras con las que se tiene convenio el monto de S/. 93,285,101, para el financiamiento de las prestaciones económicas de sepelio de los fallecidos con sospecha o diagnostico confirmado de COVID-19, registrándose a junio de 2021 en el aplicativo PES COVID-19 un total de 20,435 FUA por el importe de S/ 60,392,383.67[5]

- **CONDICIONES BÁSICAS PARA ALCANZAR LA SEGURIDAD SOCIAL UNIVERSAL Y FORTALECIMIENTO DE LA RECTORÍA**

De acuerdo con la sistematización internacional (OPS, 2007), la Autoridad Sanitaria es el custodio del bien público en salud y su objetivo primordial es la protección y la promoción de la salud de la población; y se expresa como la potestad del Estado para incidir sobre las funciones, responsabilidades y competencias sustantivas que le son propias e indelegables para ese fin, a través del Ministerio o Secretaría de Salud de cada país. Por ello, la OPS define la Rectoría en Salud como el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud, en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre Gobierno y sociedad en el Estado Moderno[6]. Sus funciones son:

1. Conducción Sectorial: capacidad de orientar a las instituciones del sector en cumplimiento de la Política Nacional de Salud.

2. Regulación: diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud; así como la supervisión de su cumplimiento.

[2] Mediante el memorando circular N° 003-2020/SIS
[3] Mediante el memorando circular N° 009-2020/SIS
[4] Resolución Jefatural N° 139-2020/SIS que actualiza la Directiva Administrativa N° 001-2020-SIS/GNF-V.02
[5] Cifra brindada por la Gerencia de Negocios y Financiamiento de la IAFAS-SIS al 22 de junio de 2021, dichos registros se encuentran en diferentes estados (digitado, en proceso, validado, observado y rechazado)
[6] Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional, OPS, Ed. Especial N° 17. Washington DC, 2007

Plaza Bolívar, Av. Abancay s/n Ofic. 510 – Lima - Perú Tlfs: (51) 311 7777 – Anexo 7284

3. Modulación del Financiamiento: garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.

4. Garantía del Aseguramiento: acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos o de planes específicos para grupos especiales de la población.

5. Armonización de la Provisión: capacidad de promover la estandarización de los procesos de atención, así como la complementariedad de los diversos proveedores, en concordancia con los derechos de los usuarios y la necesidad de extender la cobertura de atenciones de salud en forma equitativa y eficiente.

6. Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESPs), que son[7]:

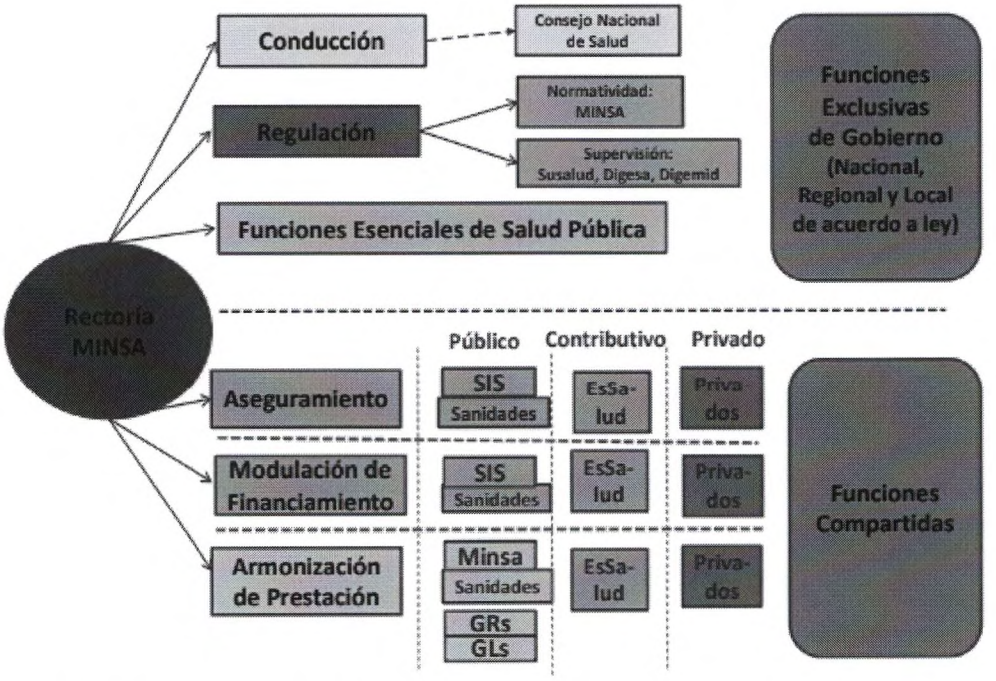
- FESP 1: Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.
- FESP 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- FESP 3: Promoción de la salud.
- FESP 4: Participación Social y empoderamiento de los ciudadanos en salud.
- FESP 5: Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen la salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.
- FESP 6: Regulación y fiscalización en salud pública.
- FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.
- FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- FESP 9: Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos.
- FESP 10: Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
- FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Lo señalado anteriormente define el marco en el cual el Ministerio de Salud debe perfeccionarse con el fin de cumplir a cabalidad la función rectora que le corresponde. La dimensión más importante es la conducción del sector, a través de las políticas que resuelvan los principales problemas de la salud pública. Para ello deberá fortalecer los sistemas de información, aprovechando los recursos modernos de Salud Digital y en primer lugar de la Historia Clínica Electrónica, pero también de las instancias de análisis, formulación de políticas, ejecución y evaluación. Asimismo, deberá fortalecer sus instancias regulatorias en el campo del aseguramiento (SUSALUD), medicamentos (Digemid), salud ambiental y alimentación saludable (DIGESA) y otras como en el caso de los recursos humanos y el conocimiento, como se muestra en el Gráfico:

[7] Idem

Las dimensiones de la Rectoría

Mapa Conceptual



Fuente: OPS, Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Elaboración propia.

- **BASE LEGAL**[8]

Para fortalecer nuestra iniciativa legislativa recurrimos a las normas legales emitidas por los órganos de gobierno, de los cuales señalamos:

- ✓ Ley 25323, que crea el Sistema Nacional de Archivos.
- ✓ Ley 26842, Ley General de Salud.
- ✓ Ley 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales.
- ✓ Ley 27604, que modifica la Ley General de Salud, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de Emergencias y Partos.
- ✓ Ley 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- ✓ Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- ✓ Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE.
- ✓ Decreto Ley 19414, que declara de utilidad pública la defensa, conservación e incremento del Patrimonio Documental de la Nación.
- ✓ Decreto Legislativo 681, que regula el uso de Tecnologías Avanzadas en materia de Archivo.

[8] http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4379.pdf

- ✓ Decreto Legislativo 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ✓ Decreto Legislativo 1306, Decreto Legislativo que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- ✓ Decreto Supremo 008-92-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley 25323, sobre creación del Sistema Nacional de Archivos.
- ✓ Decreto Supremo Nº 009-92-JUS, Reglamento del Decreto Legislativo Nº 681, sobre el uso de tecnologías de avanzada en materia de archivos de las empresas.
- ✓ Decreto Supremo 039-93-PCM, que aprueba el Reglamento de Prevención y Control de Cáncer Profesional.
- ✓ Decreto Supremo 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- ✓ Decreto Supremo 024-2005-SA, que aprueba las Identificaciones Estándar de Datos en Salud.
- ✓ Decreto Supremo 028-2005-MTC, que aprueba el Plan Nacional de Telesalud.
- ✓ Decreto Supremo 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Decreto Supremo 014-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos.
- ✓ Decreto Supremo 003-2013-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- ✓ Decreto Supremo 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- ✓ Decreto Supremo 009-2017-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- ✓ Resolución Ministerial 751-2004-SA/MINSA, que aprueba la NT 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS 040-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño".
- ✓ Resolución Ministerial 529-2006/MINSA, que aprueba la NTS Nº 043-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores".
- ✓ Resolución Ministerial 626-2006/MINSA, que aprueba la NTS 046-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón".
- ✓ Resolución Ministerial 365-2008/MINSA, que aprueba la NTS 067-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud en Telesalud".
- ✓ Resolución Ministerial 538-2009/MINSA, que modifican documento aprobado por R.M. 729-2003-SA/DM en la clasificación de los Grupos Objetivo para los

Programas de Atención Integral.

- ✓ Resolución Ministerial 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
- ✓ Resolución Ministerial 576-2011/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa 183-MINSA/OGEI-V.01 "Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la historia clínica electrónica".
- ✓ Resolución Ministerial 944-2012/MINSA, que aprueba la NTS 100-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Joven".
- ✓ Resolución Ministerial 973-2012/MINSA, que aprueban la NTS 034-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente".
- ✓ Resolución Ministerial 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS 105-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna".
- ✓ Resolución Ministerial 828-2013/MINSA, que aprueba la NTS 106-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal".
- ✓ Resolución Ministerial 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS 110-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención".
- ✓ Resolución Ministerial 045-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS 113-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención".
- ✓ Resolución Ministerial 669-2015/MINSA, que modifica el Anexo 1: Factores de Riesgo Neonatal del documento normativo NTS N°106-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", aprobada por Resolución Ministerial 828-2013/ MINSA.
- ✓ Resolución Ministerial 862-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS 119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención".
- ✓ Resolución Ministerial 701-2015/MINSA, Modificar la NTS 040-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño" aprobada por Resolución Ministerial 292-2006/MINSA.
- ✓ Resolución Ministerial 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS 029-MINSA/DIGEPRES. V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial 850-2016/MINSA, Aprobar el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- ✓ Resolución Ministerial 981-2016/MINSA, que aprueba la NTS Nº 127-MINSA/2016/DGIESP: Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación, y Certificación de la Persona con Discapacidad.
- ✓ Resolución Jefatural 073-85-AGN-J, que aprueba las normas generales del

Sistema Nacional de Archivos para el Sector Público Nacional: SNA 01 Administrador de Archivos; SNA 02 Organización de Documentos, SNA 03 Descripción Documental y SNA 04 Selección.

- ✓ Resolución Jefatural 346-2008-AGN/J, que aprueba la Directiva 03-2008-AGN/DNDDAI "Normas para la Formulación y Aprobación del Plan Anual de Trabajo el Órgano de Administración de Archivos de las Entidades de la Administración Pública".
- ✓ Resolución Jefatural Nº 375-2008-AGN-J, que aprueba la Directiva 005-2008-AGN/DNDAAI denominada "Foliación de documentos archivísticos en los Archivos integrantes del Sistema Nacional de Archivos".
- ✓ Resolución Jefatural 442-2014-AGN/J, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Aplicación de Sanciones del Sistema Nacional de Archivos.
- ✓ Resolución Jefatural 012-2018-AGN/J, que aprueba la Directiva 001-2018-AGN/DNDAAI "Norma para la Eliminación de Documentos de Archivo en las Entidades del Sector Público".

II. FUNDAMENTACIÓN

El proyecto de ley que se presenta, tiene como objetivo **garantizar la seguridad de los datos de las historias clínicas electrónicas, y así como dar acceso a la investigación científica para buscar los tratamientos y la atención médica de los ciudadanos**.

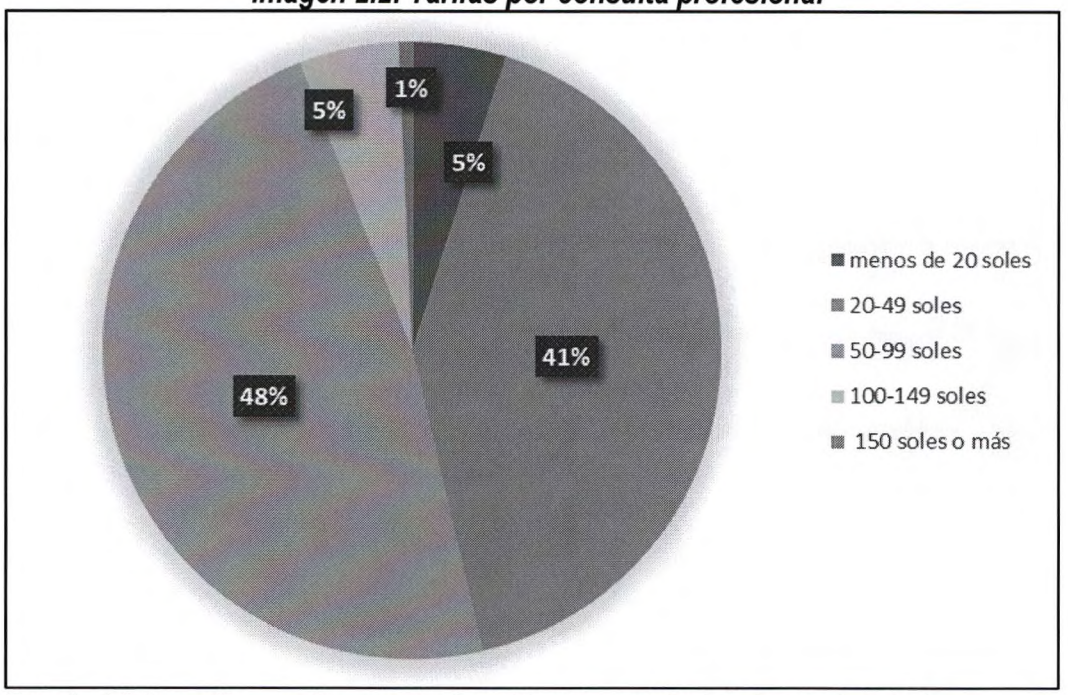
A fin de buscar una mejor atención a los ciudadanos implementando con historias clínicas electrónicas, con un código único que debe tener cada ciudadano generado por el ministerio de salud, en donde debe estar registrado todo el historial médico, así sean en instituciones publicas o privadas hecho que a la actualidad existe diversas atenciones medicas en donde no se tienen registrado o en su defecto fueron de manera informal hasta tuvieron atenciones medicas sin contar con registro de su historial médico, es por ello también recurrimos a medios alternativos de coadyuvan el presente proyecto de ley, como es en el presente trabajo de investigación de Tesis presentada en satisfacción parcial de los requerimientos para obtener el grado de Magister en Gerencia de Servicios de Salud por: Alejandra Lucía Reátegui Rodriguez Olga de los Angeles Tutaya Quispe Angel Alfredo Urquiza Vásquez, que a continuación incorporamos en la presente.

"2.2.2. Método actual de administración de citas en consultorio[9]

En materia de procesos para asignación de citas, menos del 10 % los encuestados refiere no cuenta con algún sistema para el trámite de estas, otorgando las citas a los pacientes por orden de llegada. Aproximadamente el 45 % de los profesionales encuestados sostiene que los asigna citas a los pacientes, cuando ellos les contactan por mensaje de texto o alguna red social, y un porcentaje similar refiere disponer de sistemas para la gestión de citas, en las instituciones donde laboran, través de una plataforma digital, vía telefónica o ambas.

[9]Pag. 13 https://repositorio.esan.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12640/2028/2020_MAGSS_17-1_01_T.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Imagen 2.2: Tarifas por consulta profesional



Fuente: Elaboración propia – encuestas virtuales a profesionales de la salud

Además, 4 profesionales de la salud, 3 odontólogos y un médico, respondieron que están utilizando una aplicación informática para la gestión de sus citas médicas.

2.2.3. *Sistema utilizado para registrar información clínica*

Sobre el sistema utilizado actualmente para registrar información clínica, más del 50 % respondió utilizar exclusivamente historia clínica manuscrita, y un 10 % adicional refirió que utilizaba la modalidad manuscrita y la modalidad de historia clínica digital en forma concurrente.

Los demás profesionales usaban herramientas digitales para el registro de la información clínica, como historias clínicas electrónica institucional (11,8 %), de una historia clínica digital de creación propia utilizando Microsoft Office (23.5 %) y los restantes que manifestaron hacer uso de más de una de las modalidades descritas.

2.2.4. *Percepción de los encuestados sobre los sistemas de historia clínica digital*

En referencia a la percepción de los encuestados sobre los sistemas de historia clínica digital, más de la mitad de los encuestados declaró que estas herramientas contribuyen a la eficiencia en la prestación de sus servicios profesionales y es apropiada al entorno globalizado.

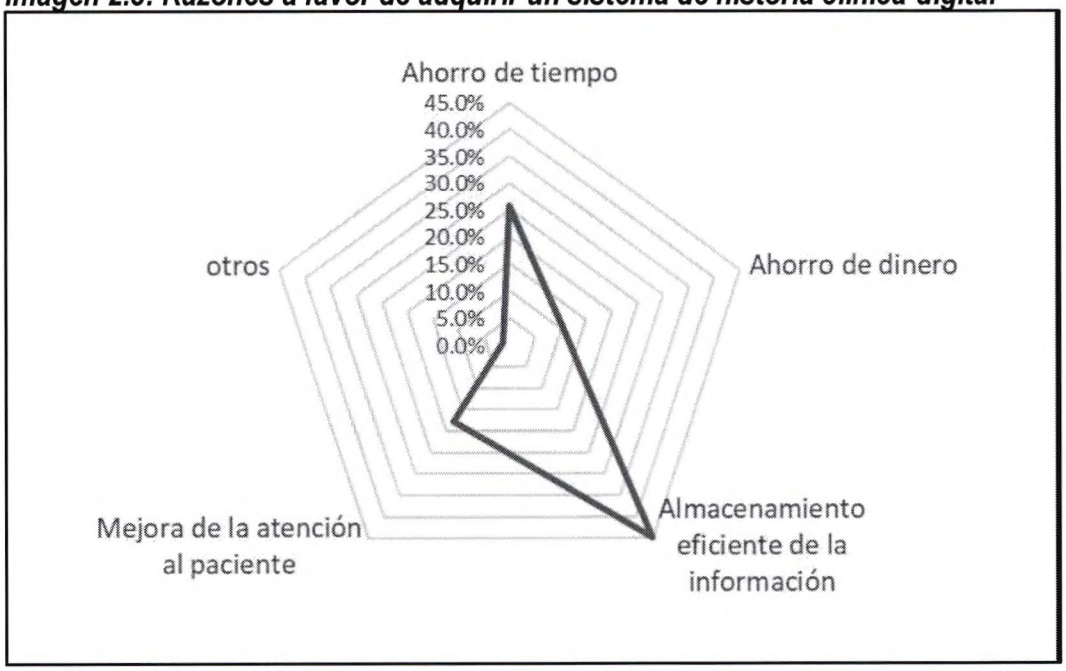
20 % de los encuestados, considera que el uso de la historia clínica digital es sencillo de entender. Además, un 10 % sostiene que se trata de un sistema poco amigable y complicado de entender y un 6 % no lo considera necesario para su práctica habitual.
Del total de encuestados, la mayoría declaro estar dispuesto al uso de la historia clínica digital, registrándose menos del 5 % de encuestados que rechazan su uso.

2.2.5. *Razones a favor y en contra para adquirir un sistema de historia clínica digital*

Sobre las razones a favor de adquirir un sistema de historia clínica digital, se reconocieron el almacenamiento eficiente de la información, el ahorro del tiempo y una mejora de la atención al paciente (Imagen 2.3).

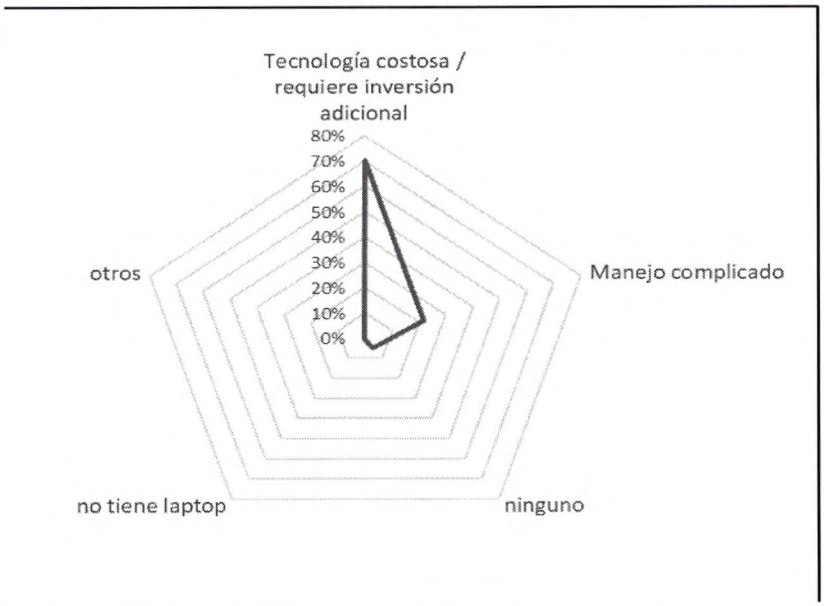
Sobre las razones en contra se advirtió la presunción que estos sistemas requieren de inversión adicional, seguido por la percepción de ser un sistema de manejo complicado (Imagen 2.4)

Imagen 2.3: Razones a favor de adquirir un sistema de historia clínica digital



Fuente: Elaboración propia – encuestas virtuales a profesionales de la salud

Imagen 2.4: Razones en contra de adquirir un sistema de historia clínica digital



Fuente: Elaboración propia – encuestas virtuales a profesionales de la salud

2.2.6. *Características deseables en un servicio de gestión de citas e historia clínica digital*

Las respuestas de los encuestados sobre las características deseables en un sistema de historia clínica digital revelaron que más del 50 % de los encuestados consideró totalmente indispensable garantizar seguridad de la información. En respuesta a eso, la plataforma TUSALUD contempla niveles de acceso definidos por perfiles de usuario, y categorías de detalle de la información, que requieren autenticación más rigurosa conforme más profundo es el nivel de la información contenida.

En segundo lugar, los encuestados valoraron como totalmente indispensable, que sea fácil de usar, y con razón de eso se incluyó en la plataforma TUSALUD accesos rápidos al CIE 10, CPMS y abreviaturas de uso común entre profesionales de la salud, con la posibilidad de autocompletar los registros.

Otras características, como acceso al archivo de historias clínicas desde varios consultorios, manejar sus horarios, la disponibilidad de formatos personalizados por profesión o especialidad y la posibilidad que los pacientes puedan agendar citas desde internet recibieron, fueron valoradas entre el 70-75 % como totalmente indispensable o de gran importancia. Así mismo alrededor del 50 % de los encuestados indicó que la exposición del perfil del profesional en medios digitales y la modalidad de telemedicina, son totalmente indispensables o de gran importancia.

2.2.7. *Aspectos de la historia clínica que deberían estar disponibles para el paciente- valoración por el profesional de la salud*

Los aspectos identificados como apropiados ser visualizados por los pacientes son: citas realizadas, diagnósticos, procedimientos y resultados, recetas e indicaciones, pagos y citas por realizar, con valores que fluctúan entre 88 - 62 %.
Se manifestaron en desacuerdo menos del 15 %, sin embargo, el 60 % de los que rechazaron que el aspecto "diagnostico" esté disponible para los pacientes, eran psicólogos. Similar situación se observó en el aspecto "procedimientos y resultados". Estos resultados merecen una investigación más profunda que permita desarrollar un servicio acorde a las necesidades particulares de estos profesionales."

Como se ha podido advertir las informaciones recogidas son razonables para valorarlos como ciertos y ello coadyuva para comprometernos en modernizar la gestión hospitalaria de ministerio de salud con el fortalecimiento de las historias clínicas electrónicas.

- **PROYECTOS DE LEY DE NATURALEZA SIMILAR**

  En el congreso de la republica existen diverso proyectos de ley en la misma línea y a fin de ampliar con mayor información que sustente el presente proyecto de ley, es oportuno señalar que existen diversos proyectos de ley en trámite:

- Proyecto de Ley 01395/2021-CR, "Ley de Modificación de los Artículos 2, 3, 4, 5 y 6 de la ley 30024, Ley que Crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas".

Es así en conformidad a lo establecido en el literal d), numeral 2, del artículo 76° del Reglamento del Congreso, puntualizo expresamente que algunos datos se han tornado como fuentes los Proyectos de Ley señalado en líneas arriba.

➢ **LA PROPUESTA MODIFICATORIA.**

En la nueva disposición modificatoria se presenta:

Decreto Legislativo 1216	Propuesta De Modificación
Artículo 2. Creación y definición del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas	*"**Artículo 2. Creación y definición del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.***
2.1 Créase el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas como la infraestructura tecnológica especializada en salud que mantiene la información de la historia clínica electrónica de respaldo y permite al paciente, o a su representante legal y a los profesionales de la salud que son previamente autorizados por aquellos, el acceso a la información clínica contenida en las historias clínicas electrónicas, así como a la información clínica básica y a la información clínica resumida contenida en el mismo, dentro de los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de la atención en los establecimientos de salud y en los servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos, en el ámbito de la Ley 26842, Ley General de Salud.	*2.1. Créase el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, como la infraestructura tecnológica especializada en salud que mantiene la información de la historia clínica electrónica de respaldo y permite al paciente, o a su representante legal y a los profesionales de la salud que son previamente autorizados por aquellos, el acceso a la información clínica contenida en las historias clínicas electrónicas, así como a la información clínica básica y a la información clínica resumida contenida en el mismo, dentro de los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de la atención en los establecimientos de salud y en los servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos, en el ámbito de la Ley 26842, Ley General de Salud.* ***Excepcionalmente el jefe del nosocomio mediante acto administrativo, autorizará el acceso a la información clínica del paciente con fines académicos y de investigación médica y/o científica a instituciones académicas, públicas y/o privadas, que cumplan los requisitos mínimos señalados en el reglamento de la presente Ley.***
2.2 El Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas contiene una base de datos de filiación de cada persona con la relación de los establecimientos de salud y de los servicios médicos de apoyo que le han brindado atención de salud y generado una historia clínica electrónica. El Ministerio de Salud es el titular de dicha base de datos.	*2.2. El Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas contiene un repositorio o banco de datos de historias clínicas electrónicas a modo de respaldo, la cual será gestionada por el Ministerio de Salud, quien es el titular de dicha base de datos **y además garantiza la seguridad informática y la protección de datos personales**.* *2.3. El Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas utiliza la Plataforma de Interoperabilidad*

	del Estado (PIDE) para el acceso a la información clínica ***deberá ser autorizada por el paciente o su representante legal o los profesionales de la salud, según corresponda o por mandato judicial.****"*
Artículo 4. Objetivos del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas El Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas cumple con los objetivos siguientes: (...) f) Los demás que establezca el reglamento de la presente Ley.	***Artículo 4. Objetivos del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas*** *El Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas cumple con los objetivos siguientes:* *[...]* ***f. Brindar información de manera anónima a las instituciones académicas públicas y/o privadas así como a entidades del sector privado únicamente y exclusivamente para el desarrollo de la investigación científica médica, previa aprobación por el responsable del establecimiento, y que por medio existan convenios de cooperación interinstitucional con el Ministerio de Salud.*** *g. Los demás que establezca el reglamento de la presente Ley.*
Artículo 5. Administración y organización del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas 5.1 El Ministerio de Salud administra el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y emite las normas complementarias para el establecimiento de los procedimientos técnicos y administrativos necesarios para su implementación y sostenibilidad, a fin de garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación y seguridad de la información contenida en las historias clínicas electrónicas. 5.2 El Ministerio de Salud y la autoridad regional de salud acreditan los sistemas de historias clínicas electrónicas que implementan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo.	***Artículo 5. Administración y organización del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas*** *5.1.El Ministerio de Salud administra* ***y garantiza la protección de datos personales en*** *el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas* ***para ello queda facultado emitir*** *las normas complementarias para el establecimiento de los procedimientos técnicos y administrativos necesarios para su implementación y sostenibilidad, a fin de garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación y seguridad de la información contenida en las historias clínicas electrónicas.* *5.2.El Ministerio de Salud* ***dentro de sus facultades emite el reglamento del código único Historias Clínicas Electrónicas*** *para cada ciudadano y la autoridad regional de salud acredita la interconexión al sistema de historias clínicas electrónicas que implementan los establecimientos de salud pública y/o privada, así como a los servicios médicos de apoyo.* *(...)"*

Plaza Bolívar, Av. Abancay s/n Ofic. 510 – Lima - Perú Tlfs: (51) 311 7777 – Anexo 7284

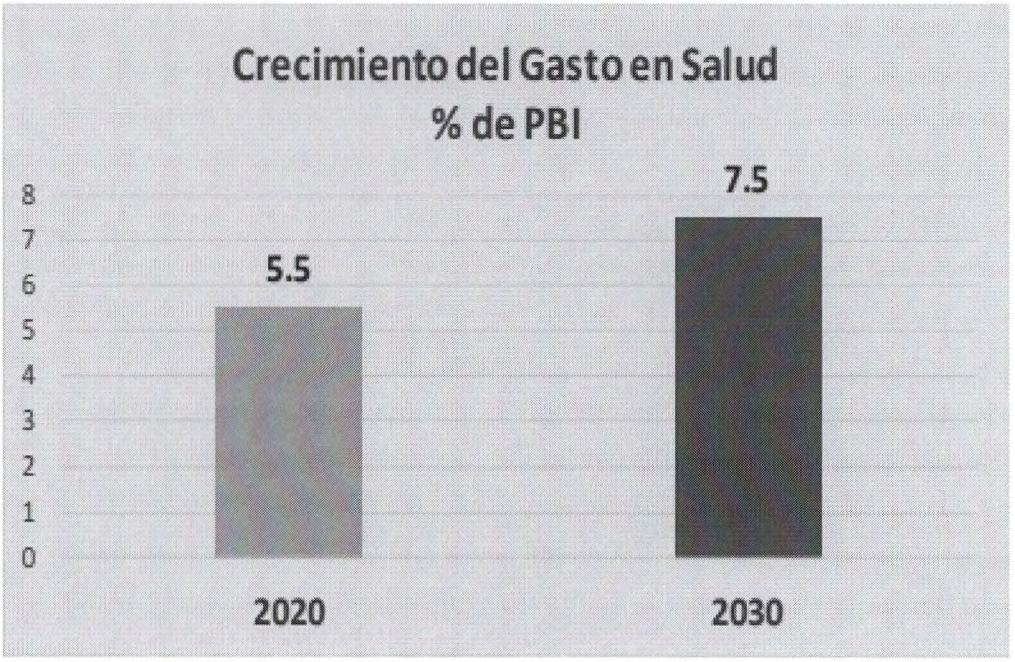
III. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa legislativa está alineada a lo que dispone la Constitución Política del Perú, la legislación vigente concordante con normas relacionadas al Estado de Derecho y jerarquía de las leyes. Y tiene como finalidad modernizar las historias clínicas electrónicas con código de registro para cada ciudadano e interconectadas entre si, a fin que la información médica del ciudadano se encuentre centralizada y para una mejor diagnóstico y análisis médico del paciente.

IV. ANALISIS COSTO – BENEFICIO

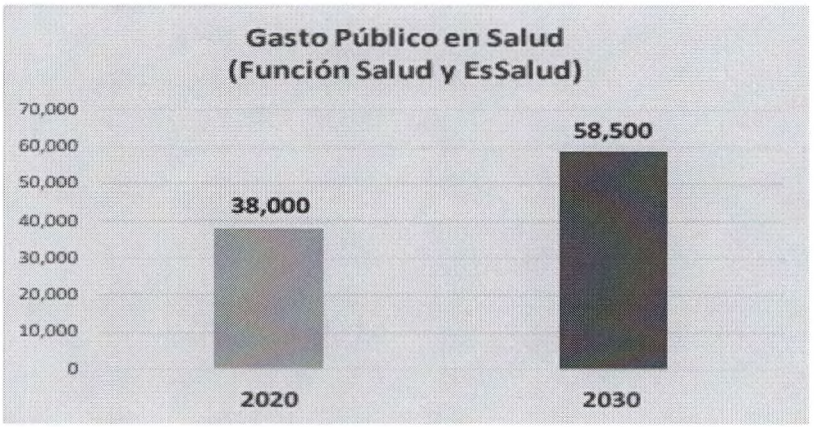
La aprobación y promulgación de la presente iniciativa legislativa, definitivamente buscar mayores esfuerzos presupuestales y económicos dentro de la función de rectoría es compartida por el MINSA, en determinados aspectos y de acuerdo a ley, con los gobiernos regionales y locales y ello obligará el perfeccionamiento del Financiamiento, como ha sido reclamado con anterioridad y lo ha hecho evidente la pandemia, se requiere ampliar el financiamiento en salud; pero a la vez es imperativo mejorar la capacidad de gestión del sistema público:

1) Ampliación del Gasto en Salud como país (Gobierno, EsSalud y Privados), pasando gradualmente del 5.5% del PBI al 7.5% del PBI, que es el promedio latinoamericano, en un período de 10 años hasta el 2030, como se propone en el Gráfico:



Fuente: Elaboración propia.

2) Ampliación del financiamiento público (la suma de Gobierno y de EsSalud) que hoy es el 3.9 del PBI hasta el 6% del PBI, que es lo que recomienda la OMS. Igualmente debería ser un proceso gradual en el período de 10 años hasta el 2030, como también se propone en el Gráfico:



Año	Millones de Soles	% de PBI
2020	38,000	3.9
2030	58,500	6.0

Fuente: Elaboración propia.

Mejoramiento del financiamiento de EsSalud, mediante cuatro alternativas:

• Pago de deudas de empleadores públicos y privados, que asciende a 4,200 millones de soles, de los cuales el 65% corresponde a empleadores privados y 35% a empleadores públicos. Para ello, se propone modificar el DU 037-2019, incorporando:

- En el caso de los gobiernos regionales y locales, cuya deuda es de aproximadamente 1,470 millones de soles, el MEF debería garantizar el pago fraccionado automático a ser saldado en 5 años, y no depender de la voluntad de pago de las autoridades de dichos gobiernos sub-nacionales.
- En el caso de los empleadores del sector privado, cuya deuda es de aproximadamente 2,730 millones de soles, no tomar la deuda hasta diciembre 2015 como dice el DU 037-2019, sino actualizarlo a diciembre 2020 y saldarse en 5 años.

• Modificación del DU 028-2019 que establece que las contribuciones del Estado a EsSalud por los trabajadores CAS sea el 9% del 45% de una UIT. Se propone que sea el 9% de la remuneración por la que se contrata al trabajador CAS, sin tomar como referencia la UIT que es un criterio absurdo cuyo objetivo es reducir los aportes del empleador público.

• Derogatoria de la ley 30002 que establece que las contribuciones del Estado a EsSlud por los trabajadores del MINEDU sea el 9% del 65% de la remuneración; así como la derogatoria del artículo del DL 1153 que establece igualmente que por los trabajadores del Sector Salud el aporte a EsSalud es sólo el 9% del 65% de la correspondiente remuneración. Con ambas derogatorias se restablece el aporte del Estado a EsSalud a

9% de las remuneraciones en Salud y Educación, como cualquier empleador público o privado.

• Evaluar la conveniencia de modificar a futuro el monto de la contribución de los empleadores, actualmente 9% de la remuneración de cada trabajador, tal como lo recomendó el Estudio Actuarial del año 2015; tomando en cuenta que en Argentina es 13.2%, en Bolivia el 10%, Costa Rica 15%, Colombia 12.5% y Ecuador 10%.a

Mejorar la gestión del gasto:
Se requiere desarrollar capacidades gerenciales de los funcionarios encargados de los procesos de adquisiciones e inversión, generar alianzas estratégicas con instituciones empresariales y de la sociedad civil y simplificar las normas de adquisiciones e inversión:

- Fortalecimiento de capacidades gerenciales:
  - Planeamiento, convocatoria y ejecución de adquisiciones de medicamentos, insumos y equipos.
  - Planeamiento, convocatoria y ejecución de inversiones en infraestructura. • Implementación del Operador Logístico previsto en el DU 011-2019 para la modernización de los procesos de adquisición y distribución de medicamentos y equipos.

- Impulso a Asociaciones Público Privadas (APP) en las inversiones que requieran financiamiento complementario en el corto y mediano plazo.

- Impulso a contratos de Gobierno a Gobierno para la ejecución de conglomerados de proyectos de inversión.

- Revisión de la ley de contrataciones con el fin de simplificar los procesos y garantizar mejores compras e inversiones.

Conforme lo señalado, es necesario fortalecer las relaciones institucionales a fin de buscar una solución correcta para mejorar el servicio de salud de los ciudadanos.

V. VINCULACIÓN CON LA AGENDA LEGISLATIVA Y EL ACUERDO NACIONAL

La iniciativa legislativa contenida en el Proyecto de Ley que se presenta, está alineada con los objetivos del "II. EQUIDAD Y JUSTICIA SOCIAL", del Acuerdo Nacional y vinculados con las Políticas de Estado en el "13. ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL", y concordante con el **tema** 43. "REFORMA Y MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD" de la Agenda Legislativa del Congreso para el período Anual de Sesiones 2021-2022, aprobada por Resolución Legislativa del Congreso 002-2021-2022-CR.