

**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**  
Universidad del Perú, Decana de América  
**Dirección General de Estudios de Posgrado**  
**Facultad de Medicina**  
**Vicedecanato de Investigación y Posgrado**



**Barreras y oportunidades para la implementación de la historia clínica electrónica  
según gestores de algunos establecimientos de salud públicos del Perú, 2025**

Proyecto de tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud

**Nombres y apellidos (tesista)**

Victor Hugo Moquillaza Alcantara

**Nombres y apellidos (asesor)**

Javier Roger Raúl Vargas Herrera

**Nombres y apellidos (coasesora)**

Dra. Sarah Iribarren (U. Washington)

LIMA PERÚ

2025

## ÍNDICE

<b>I. EL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
1.1. Pre-reflexiones sobre la temática	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Justificación de la investigación	4
1.4. Viabilidad y limitaciones de la investigación	5
1.5. Objetivos de la investigación	6
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
2.1. Fundamentación epistemológica, filosófica, socio-antropológica	6
2.2. Antecedentes de investigaciones	7
2.3. Bases teóricas o conceptuales	11
2.4. Bases políticas y/o legales	14
<b>III. ABORDAJE METODOLÓGICO</b>	<b>21</b>
3.1. Abordaje y tipo de estudio	21
3.2. Escenario del estudio	21
3.3. Sujetos de estudio	21
3.4. Técnicas y/o instrumentos de recolección de datos	23
3.5. Plan de recolección de datos	26
3.6. Plan de análisis y presentación de resultados	26
3.7. Aspectos éticos	27
<b>IV. PRESUPUESTO</b>	<b>29</b>
<b>V. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	<b>31</b>
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>39</b>
Anexo 01. Matriz de consistencia	40
Anexo 02. Información para el participante y formulario de consentimiento informado	41
Anexo 03. Guías de entrevista	45
Anexo 04. Establecimientos de salud a considerar para recolectar datos hasta alcanzar la saturación de información	50

## **I. EL PROBLEMA**

### **1.1. Pre-reflexiones sobre la temática**

Las historias clínicas electrónicas (HCE) ofrecen al profesional asistencial información precisa, actualizada y completa sobre los pacientes en cualquier lugar donde este se atienda, permite el acceso rápido a la información y garantiza que los registros clínicos se encuentren seguros en un entorno virtual (1). El personal asistencial percibe que las HCE mejoran la atención que ofrecen al paciente, debido a que integra todos los datos en un solo espacio, reduciendo así el tiempo dedicado a la documentación y aprovechando el tiempo de consulta para mejorar la comunicación con el paciente (2–4) ; así mismo, los pacientes perciben que la HCE mejora su seguridad debido a que minimiza los errores de medicación y mejora el acceso a sus datos íntegros (5).

En el Perú, el proceso de implementación de la HCE en los establecimientos públicos administrados por el Ministerio de Salud (MINSA) y los gobiernos regionales está dirigido por el “Plan Estratégico Institucional” (PEI) del MINSA (6), donde uno de los objetivos es mejorar la toma de decisiones y la prestación de servicios públicos a través del Gobierno Digital en Salud, evaluado mediante la proporción de la población que cuenta con HCE. Una acción estratégica clave para cumplir el PEI es que se encuentre disponible la información de las historias clínicas electrónicas (HCE) de usuarios en el sistema de salud, donde el indicador medido por el MINSA es “Proporción de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) MINSA / Regiones que cuenten con el Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica – SIHCE (e-Qhali) implementada”(6).

De acuerdo con el PEI, la proyección estimada es que la proporción de HCE implementadas en el Perú alcance el 50% al 2022 y 70% al 2023 (6); sin embargo, según un reporte del Banco Mundial, en el Perú la proporción de implementación al 2022 alcanza solo el 17% (7), lo cual muestra que existe una amplia brecha en el proceso de implementación nacional que priva de los beneficios de la HCE a muchos peruanos.

Según el Ministerio de Salud, cerca de 24 millones de personas en el país no han sido beneficiados con la prestación de salud mediante HCE (8). Asimismo, en 2022 se estimó que solo 1078 de los 9135 establecimientos públicos de salud en el Perú han implementado la HCE, donde Lima es la región con mayor avance, con 192 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) implementadas (9,10). A ello se suma que, en 2022, el Ministerio de Salud solo programó implementar HCE en aproximadamente 88 IPRESS del primer nivel de atención y 8 IPRESS de nivel hospitalario (11), lo cual muestra un ritmo de implementación lento y con predominancia en la capital.

El Banco Mundial ha evaluado los motivos que retrasan el proceso de implementación. Entre ellos se encuentra la infraestructura requerida para contener los sistemas de gestión de la información en salud, la cual es limitada y en múltiples regiones no existe conectividad a servicios de Internet que permitan compartir los datos. Por otro lado, se encuentra la baja infoestructura, entendido como la escasa calidad de información con la que se dispone, incluyendo entre esto a la omisión de reportes clínicos y a la duplicación de estas, lo cual en gran medida obedece a la sobrecarga de tareas que se encarga al personal sanitario para cumplir con las metas establecidas en las instituciones de salud. Por último, existe escaso recurso humano que sostiene la implementación en los establecimientos, siendo estos de baja remuneración y poca estabilidad (7).

Esto permite tener un panorama de la baja proporción de implementación y sus posibles determinantes; sin embargo, no existe evidencia que permita reconocer qué sucede en los microentornos como los centros de salud, siendo los gestores de estas instituciones quienes pueden brindar evidencia clara sobre sus principales barreras observadas y complementarlas con las oportunidades que han identificado. Por lo cual, en la presente investigación se plantea identificar cuáles son las barreras y oportunidades que existen durante el proceso de implementación de la historia clínica electrónica bajo un enfoque cualitativo que permita profundizar en la problemática, considerando los diversos sistemas de información disponibles en las regiones y sistemas de salud públicos del país.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son las barreras y oportunidades para la implementación de la historia clínica electrónica según gestores de los establecimientos de salud públicos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro durante el 2025?

## **1.3. Justificación de la investigación**

La historia clínica electrónica presenta múltiples beneficios para el profesional que hace uso de ella y los pacientes; sin embargo, gran parte de los peruanos no tienen acceso a este beneficio. La evidencia científica ha identificado determinantes organizacionales, humanos y tecnológicos que influyen en la implementación de la HCE (12), sin embargo, los resultados de las revisiones existentes presentan como insumo estudios realizados en entornos mayoritariamente privados y en países con sistemas de salud distintos al nuestro. En el Perú no existen estudios primarios publicados que aborden las barreras de implementación en establecimientos públicos, y solo se dispone de aproximaciones respecto a la implementación en entornos privados (13–15) o en módulos específicos de HCE (16), siendo la gran mayoría trabajos de tesis de grado.

Actualmente se propone el concepto de “*One Digital Health*”, el cual refiere que las herramientas de salud digital pueden ser un catalizador en el avance de Una Salud (*One Health*), puesto que sistemas de información como la HCE permite entrega de datos en tiempo real que permitan tomar decisiones eficientes en la salud humana, animal y del medio ambiente (17). En busca de alcanzar este objetivo, este estudio permitirá documentar las experiencias sobre el proceso de implementación según los propios gestores que estuvieron a cargo del proceso, considerando autoridades nacionales como locales, buscando así contrastar la estrategia enmarcada por el Estado y la realidad del proceso de implementación. Así mismo, el estudio considerará evaluar las barreras de implementación en todas las iniciativas de HCE existentes en el sector público, tales como las del Ministerio de Salud, del Seguro Social de Salud (EsSalud) y de los gobiernos regionales, generando así evidencia útil a nivel nacional. Por otro lado, se identificarán no solo barreras sino también beneficios percibidos de esta herramienta, lo cual permitirá que el gestor que no cuenta con historia clínica en su establecimiento identifique prematuramente las dificultades a las cuales podría estar propenso (buscando así métodos para evitarlos) y conociendo qué aspectos serán positivos durante el proceso.

Es así como este estudio permitirá enmarcar el camino a los futuros gestores, evitando cometer errores en el proceso y facilitando el proceso de implementación en múltiples establecimientos que tengan alcance a nuestros resultados. Por último, el uso de un enfoque cualitativo permitirá conocer a fondo lo percibido por los gestores, permitiendo profundizar en el fenómeno.

Adicionalmente, se espera sistematizar las barreras de implementación identificadas según complejidad de solución, a fin de que las autoridades puedan identificar qué barreras pueden resolverse de forma inmediata, mediata y a largo plazo. Así mismo, la presente investigación propondrá un modelo teórico sobre cómo debe formularse una implementación de historia clínica electrónica con las limitaciones que presenta el sistema de salud peruano.

#### **1.4. Viabilidad y limitaciones de la investigación**

El estudio requiere para su ejecución la realización de entrevistas a personas clave en el proceso de implementación de la historia clínica electrónica. En este proceso, la ejecución es viable considerando que para que se den a cabo las entrevistas se requiere inicialmente un trámite administrativo que está reglamentado, de seguirse los procesos designados por los gobiernos regionales o direcciones de salud se podrán obtener los permisos necesarios para acudir a los establecimientos de salud; seguidamente se requeriría la firma del consentimiento informado, donde se espera poca resistencia a participar tomando en cuenta que el estudio presenta un riesgo mínimo.

Existen limitaciones identificadas durante el estudio. Una de ellas son las demoras que podrían acontecer en el trámite regular en los Gobiernos regionales o Direcciones de salud, para ello se ha estimado tener un tiempo de estadía en las regiones donde se ejecutará el estudio para mantener una vigilancia presencial en el lugar de interés y de este modo esperar una mayor agilidad administrativa.

## **1.5. Objetivos de la investigación**

### *1.5.1. General*

Determinar las barreras y oportunidades para la implementación de la historia clínica electrónica según gestores de algunos establecimientos de salud públicos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro durante el 2025

### *1.5.2. Específicos*

- Explorar las barreras y oportunidades potenciales para la implementación de la historia clínica en establecimientos de salud públicos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro que no han iniciado el proceso de implementación.
- Explorar las barreras y oportunidades para la implementación de la historia clínica en establecimientos de salud públicos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro que cuentan con el sistema implementado.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Fundamentación epistemológica, filosófica, socio-antropológica**

La fenomenología es la disciplina filosófica que busca recuperar la importancia de la razón para intentar conocer (describir) el mundo y de este modo la realidad, donde se retoma como fuente necesaria para generar conocimiento al sujeto pensante. Husserl, quien fundó esta corriente filosófica y acuña el término “fenomenología” como la ciencia que trata a los fenómenos en su esencia, se enfrenta a la postura positiva, la cual era predominante de su época. Los positivistas buscaron la objetividad del conocimiento en base a parámetros medibles de hechos en base a determinarlos en variables, aproximación a la realidad que excluye la vivencia y experiencia del sujeto que es parte del hecho o fenómeno. (18)

El filósofo Colomer busca trasladar el concepto filosófico a un aspecto metodológico. Según el autor, el objeto de estudio de la fenomenología es describir el “fenómeno”, que representa a lo inmediatamente dado en la conciencia al interactuar un sujeto con un hecho. El ideal es identificar lo sucedido a profundidad, identificando qué reveló el hecho sobre sí mismo en el sujeto. En este sentido, el filósofo Zubiri busca explicar qué entiende Husserl por fenómeno. Para el autor, el

fenómeno no es un estado mental ni es contrapuesto al objeto observado, sino que es el manifiesto en cuanto es manifiesto. Para entender ello explica que todo fenómeno envuelve a aquella persona a quien se le presenta el fenómeno, por lo cual todo manifiesto existe siempre y cuando se manifieste a alguien. En ese sentido, todo fenómeno existirá en la medida del ser pensante (“cognitante”) y su modo de interpretar los fenómenos (“cognitación”). Para Husserl esta “cognitación” es denominada conciencia. (19)

La fenomenología representó una revolución epistemológica. Husserl propuso que toda forma de conocer debe adherirse necesariamente a la experiencia de conocer. Ello no implica que se explique el mundo en base a las experiencias sensibles, sino que se buscó ampliar el registro y la atención a la experiencia obtenida. El método fenomenológico implica el cumplimiento de diversos “epojé”, que puede traducirse como pasos, reducciones, detenciones, entre otros. El primer paso es la “epojé fenomenológica”, que se refiere a la exclusión del yo habitual, donde el investigador debe despojarse de todo juicio adquirido en teorías previas así como los supuestos que pueda presentar; ello debido a que las experiencias previas pueden relegar algunos elementos que no permiten apreciar al objetivo. En ese sentido, se debe tomar una actitud abierta y receptiva de lo que se va a investigar a fin de captar el fenómeno en su totalidad. Seguidamente, se encuentra la “epojé eidética”, que refiere que se debe explorar la esencia del fenómeno. Finalmente, la “epojé trascendental” busca neutralizar el objetivo de estudio a la conciencia misma del investigador, es en este punto donde se refiere que el conocimiento trasciende puesto que se genera una relación intersubjetiva. (20)

## **2.2. Antecedentes de investigaciones**

### *Internacionales*

Wu JB, en el 2024 en Estados Unidos, realizó un estudio donde se buscó examinar los facilitadores y dificultades en la implementación de registros médicos electrónicos para la atención quirúrgica preoperatoria. Se aplicaron entrevistas con informáticos y médicos de diversos hospitales en Estados Unidos que participaron en la implementación del registro clínico electrónico. Se obtuvo una muestra de 168 participantes de 8 hospitales, donde se evaluaron los ejes temáticos: i) dificultades de las historias clínicas electrónicas, ii) facilitadores de las historias clínicas electrónicas y iii) barreras de las historias clínicas electrónicas. Se identificó que en todos los hospitales existieron dificultades para la implementación, siendo lo principal la resistencia individual de algunos profesionales al cambio, lo cual se manejó con la incorporación de un equipo multidisciplinario con experiencia en informática. Los autores concluyen que es importante que expertos en informática acompañen al personal de salud en el proceso de implementación temprana, buscando así su sostenibilidad del sistema (21).

Frimpong JA, et al, publicó en el 2023 un estudio desarrollado en los Estados Unidos cuyo objetivo es examinar los cambios en la adopción de la historia clínica electrónica (HCE) en programas de trastorno por consumo de sustancias durante el 2014 al 2017, así como evaluar cómo los factores organizacionales se asocian a la adopción de la HCE. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo hizo un análisis secundario de la Encuesta del Sistema Nacional de Tratamiento del Abuso de Drogas del 2014 y 2017, donde participaron 1027 profesionales que harían uso de la HCE. Los resultados mostraron que la adopción del registro electrónico incremento del 57.6% al 69.2% en los 3 años. Así mismo, se encontró que quienes usaban programación computarizada (ORa:3.2) y sistemas de facturación (ORa:2.29) tenían más probabilidad de adoptar la HCE; además, los establecimientos de salud públicos (ORa:2.14) presentaron asociación con adoptar HCE. Los autores concluyeron que, aunque estos factores explican la adopción de la HCE, es necesario generar estudios holísticos que aborden múltiples niveles organizacionales. (22)

Woldemariam MT, en el 2023 en Etiopía, realizó una investigación cuyo objetivo fue revisar sistemáticamente evidencia que analice el estado de la adopción de sistemas de historia clínica electrónica, buscando así las oportunidades y desafíos en países con ingreso bajo. La revisión sistemática se ejecutó haciendo la búsqueda en PubMed, Science Direct y IEEE Xplore. Se revisaron artículos desde enero del 2017 a 30 de septiembre del 2022, centrando la búsqueda en los manuscritos que aborden los desafíos y oportunidades de la adopción de historias clínicas electrónicas en países de ingresos bajos. Se identificaron 12 estudios para el análisis. Las principales barreras fueron la infraestructura deficiente y el escaso compromiso de las autoridades para gestionar su implementación; mientras que el principal facilitador fue la buena voluntad del profesional asistencial para hacer uso del sistema. En conclusión, los autores refieren que se en países de bajo ingreso existe un proceso de implementación de historias electrónicas, aunque esta es temprana y se requiere cómo las personas y el entorno pueden influenciar en su implementación (23).

Zharima C, en el 2023 en Sudáfrica, tuvo como objetivo explorar las barreras y facilitadores en el proceso de implementación de historias clínicas electrónicas. Mediante un enfoque cualitativo con entrevistas a profundidad en los participantes, donde se incluyó académicos, personal sanitario, gestores del sector público y privado y personal gubernamental, se identificó que a pesar de contar con las políticas necesarias aún existen barreras para la creación de historias clínicas electrónicas. Entre ellas se encuentra la falta de liderazgo y conflictos entre instituciones para poder llevar a cabo del proceso, la falta de comprensión sobre los beneficios que conlleva esta herramienta, ausencia de personal técnico capacitado y una inversión insuficiente que no cubre los gastos mínimos de software, hardware y conectividad a internet. En conclusión, existen barreras de interoperabilidad e



interés por los gobernantes en integrar los sistemas informáticos en sus establecimientos (24).

Mullins A, et al, publicaron en el 2022 un estudio desarrollado en Australia cuyo objetivo fue explorar las perspectivas de los médicos respecto al uso, beneficios y barreras del uso de una historia clínica electrónica (HCE) denominado “My Health Record”, en la atención a pacientes en el servicio de urgencias. El estudio de enfoque cuantitativo tuvo la participación de 393 profesionales de enfermería, farmacia, medicina, entre otros, que laboran en un establecimiento público metropolitano de Melbourne. Se recolectaron datos mediante una encuesta web entre mayo a diciembre del 2021. Los resultados mostraron que el 39.56% de los profesionales había usado el sistema informático, donde el 54% recordaba un momento en que la HCE había sido fundamental. Los autores concluyen que el uso del “My Health Record” no ha sido adoptado como una práctica de rutina y no se toma como una herramienta fundamental, aunque los participantes refirieron que podría ser beneficioso en otros tipos de pacientes y servicios. (25)

Al-Otaibi J, et al, en el 2022 en Kuwait, tuvo como objetivo investigar los factores que se asocian a la adopción de la historia clínica electrónica (HCE) por parte del profesional médico en hospitales públicos de Kuwait. El estudio, de enfoque cuantitativo, se desarrolló en el hospital público de Al-Jahra de Kuwait entre mayo a septiembre del 2019. Participaron 295 médicos mediante un muestreo no probabilístico. Los resultados mostraron que las variables que se asociaron a la adopción de la HCE son el género ( $p=0.020$ ), la calidad de la formación ( $p=0.05$ ), la percepción de las barreras ( $p=0.040$ ) y el efecto sobre el médico ( $p<0.001$ ). Así mismo, el género, educación, efecto sobre el médico y la facilidad de uso fueron predictores significativos del nivel de satisfacción que pueda percibir el médico respecto a la HCE. Según los autores, estos hallazgos tienen implicancias prácticas para la creación de entornos inductivos para la aceptación de la HCE en Kuwait. (26)

Guna S, et al, en el 2020, publicaron un estudio realizado en Indonesia cuyo objetivo fue evaluar la habilidad informática y aceptación del registro electrónico móvil en profesionales de enfermería. El estudio, de enfoque cuantitativo, se realizó en un hospital público en Pekanbaru (Indonesia) donde se captaron 237 participantes. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario dividido en 3 secciones: información general, habilidad informática y aceptación del registro electrónico. Los resultados mostraron que un 4.6% de las enfermeras fueron clasificadas como “expertas”. La habilidad informática estuvo influenciada por el nivel educativo ( $p=0.036$ ) y el tiempo en el trabajo ( $p=0.014$ ). La aceptación del sistema electrónica fue baja en un 49.4%. Los profesionales de enfermería refirieron que su principal preocupación fue la seguridad de los datos, puesto que podrían borrarse si el servidor tuviera problemas, así mismo, creen que la aplicación podría tener errores que generen problemas en la documentación. A pesar de ello, los profesionales refirieron que el

sistema informático mejorará la calidad de la prestación sanitaria y estuvieron de acuerdo con su implementación. Por último, el 92% de los participantes refirió que estaba dispuesto a utilizar el sistema informático en su dispositivo personal. (27)

Shilpa DM, et al, publicaron en el 2020 un estudio desarrollado en la India cuyo objetivo fue comparar la consistencia de los indicadores de procesos de salud materno infantil en sistemas de información registrados en papel y aquellos registrados en una historia clínica electrónica (HCE) denominada “CPHM”, así como identificar los facilitadores y barreras de la implementación, además de las soluciones sugeridas desde la perspectiva del usuario. El estudio de enfoque mixto tuvo en la fase cuantitativa un análisis de datos agregados para ver la coherencia de indicadores en papel e informatizados; mientras que la parte cualitativa fueron entrevistas a profundidad a proveedores de atención médica. Entre las principales barreras de implementación estuvieron la limitada experiencia técnica en el uso del software y la falta de conectividad de internet, lo cual no permitía sincronizar datos. Los participantes sugirieron que exista una retroalimentación en tiempo real ante dificultades. Así mismo, los autores estimaron que durante una implementación, por 1 a 2 años debe usarse en simultáneo la HCE y el registro en papel, sin embargo luego ya todo debe ser informatizado. (28)

### *Nacionales*

Correa-Mellado JR, en el 2023, realizó una revisión sistemática cuyo objetivo fue evaluar los obstáculos y desafíos que se han identificado en múltiples países para la implementación de la historia clínica electrónica a nivel nacional. El análisis consideró las bases de datos de Scopus, Scielo, Science Direct y Clinical Key. Se identificaron 170 manuscritos de los cuales solo se seleccionaron 25 para su evaluación. Los resultados mostraron cinco factores que impactan en la implementación de la historia clínica electrónica: i) Costo: debido a que requiere la adquisición de hardware y software con el cual muchos establecimientos no cuentan; ii) Acceso a la tecnología: evaluada como la falta de acceso al internet, siendo esta incluso inexistente en regiones de alta pobreza, iii) adaptación al cambio: la implementación requerirá que los trabajadores modifiquen su cultura de trabajo, lo cual genera tiempos de capacitación y práctica, iv) Protección de datos: se requieren medidas para proteger la información de los pacientes y evitar que esta sea accesible para terceros que puedan dar uso indebido, y v) Capacitación: se requiere asegurar que los profesionales tengan un periodo de capacitación dedicada a su formación (29).

Moquillaza-Alcántara V, en el 2021, realizó un estudio que tuvo como objetivo el determinar las barreras de la implementación del carnet de vacunación electrónico, el cual es un módulo de la historia clínica electrónica. Mediante un enfoque cualitativo se realizaron entrevistas a profundidad a profesionales de enfermería que laboraban en 20 establecimientos de salud de Lima Metropolitana (de las 4 Direcciones Integradas de Salud), siendo los centros del primer nivel de atención.

Entre las principales barreras de la implementación se encontró la falta de recursos técnicos como los equipos de cómputo, impresoras e internet, así mismo un sistema de aprendizaje que no se percibe como adecuado por los participantes; finalmente, se identificaron dificultades en la interoperabilidad del sistema con otros aparatos gubernamentales y excesivos tiempo de respuesta de las Direcciones de Redes Integradas en Salud (DIRIS) cuando se notifican dificultades en el sistema (16)

Huapaya-Huertas O, en el 2021, realizó una publicación cuyo objetivo fue describir la experiencia de implementación de un sistema de historias clínicas electrónicas en un complejo hospitalario privado. El manuscrito brinda el proceso de implementación que se resumen en 9 etapas, las cuales abordan desde el proceso de constituir un comité de implementación, evaluar a los softwares candidatos, realizar planes de trabajo, pruebas piloto y capacitaciones al personal que lo utilizará. El estudio no describe como tal las barreras y oportunidades del proceso, sin embargo si brinda un análisis detallado de las etapas que permiten identificar el proceso y sea así de utilidad para otras instituciones (15).

## **2.3. Bases teóricas o conceptuales**

### **2.3.1. Salud digital**

La salud digital se refiere al uso de tecnologías de la información y las comunicaciones en el campo de la salud, presentando un amplio alcance que incluye al uso de dispositivos portátiles, salud móvil, telesalud, tecnologías en información sanitaria, telemedicina, entre otros. Se prevé que estas herramientas mejoren el acceso a la atención sanitaria, reduzcan ineficiencias en los sistemas de salud, mejoren la calidad de la atención, reduzcan los costos de la atención sanitaria y permitan una atención más personalizada a los pacientes. (30,31)

Las tecnologías ligadas a salud digital pueden ayudar a los usuarios a tomar decisiones mejor informadas y brindar nuevas opciones para la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento fuera de los entornos de atención médica tradicional. (31) Entre las tecnologías incluidas en la salud digital se encuentran: Redes sociales, telemedicina, análisis de datos, inteligencia artificial, medicina personalizada y de precisión, dispositivos portátiles, plataformas de salud móvil, intercambio de información sanitaria e interoperabilidad e historias clínicas electrónicas. (30)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha propuesto estrategias globales para adoptar y fortalecer la salud digital en los países, entre las cuales se encuentra el i) promover la interoperabilidad e intercambio de datos así como apoyar la implementación de soluciones digitales, ii) mejorar el conocimiento sobre estos tópicos en comunicaciones científicas y iii) evaluar qué necesidades presentan los países y vincularlas con las innovaciones presentes. Para el cumplimiento de la implementación de herramientas de salud digital, la OMS refiere que se requieren

diversos componentes tales como gobernanza y liderazgo, inversión, sustentabilidad, estándares e interoperabilidad, flexible a las infraestructuras, adaptables a los profesionales de la salud, presencia de legislaciones y políticas éticas y una aproximación centrada a los pacientes o usuarios finales. (32,33)

### **2.3.2. Sistemas de información para la salud**

Los Sistemas de Información para la Salud (SIS) son mecanismos que permiten gestionar sistemas que interoperan entre ellos mediante la transferencia de datos de diversas fuentes y que se utilizan de forma ética, buscando así que se pueda generar información que finalmente genere beneficio a la población. (34) Los países requieren tener un SIS sólido para la mejor toma de decisiones en sus establecimientos de salud. Dentro de estos sistemas, uno de los productos esperados son los indicadores que reflejen de manera continua la situación de salud del país. (35)

### **2.3.3. Historia clínica electrónica**

Dentro de un Sistema de Información para la salud, la Historia Clínica Electrónica (HCE) es la herramienta que permite adquirir información clínica relacionada a los pacientes, lo cual permite posteriormente su uso para la elaboración de estrategias que prevengan enfermedades. (36)

La HCE se define como el instrumento que permite coleccionar electrónicamente longitudinalmente la información referente a la salud de las personas. Contiene los registros clínicos y administrativos de un proveedor de la salud y un paciente, siendo la información obtenida durante el proceso de atención. Así mismo, la HCE debe permitir compartir la información en cualquier momento, siempre que lo solicite un proveedor autorizado; por otro lado, las HCE deben estar vinculadas a través de internet de una forma segura. (37)

Se estima que la implementación de la HCE puede mejorar la atención al paciente, debido a que reduce la presencia de errores médicos, con lo cual se mejora la precisión y claridad de los registros médicos; además, al tener toda la información accesible se reduce la duplicación de pruebas a realizar en el paciente. (38) Por otro lado, administrativamente también brinda beneficios a los establecimientos. Tal como se ha mencionado, este tipo de herramientas mejoran el proceso de toma de decisiones, además, permiten reducir costos financieros al reducir personal dedicado a la transcripción de registros médicos del papel a sistemas informáticos. (37)

Por su parte, la Oficina de Coordinación Nacional de Informática en Salud de los Estados Unidos refieren que las principales ventajas de la Historia Clínica Electrónica son: i) Proporciona información precisa, actualizada y completa sobre los pacientes, ii) Permite acceder rápidamente a los registros para una atención más

coordinada, iii) Comparte información electrónica de forma segura, iv) ayuda a los proveedores a diagnosticar a los pacientes de forma más eficaz, reduciendo errores médicos, v) mejora la interacción y comunicación en la atención al paciente, vi) permite una prescripción más segura y confiable, vii) ayuda a promover una documentación legible y completa, viii) mejora la privacidad y seguridad de los datos de los pacientes, ix) ayuda a mejorar la productividad en las instituciones, x) permite a los proveedores a alcanzar sus objetivos comerciales y xi) reduce costos en la medida que se reducen los papeleos y duplicación de procedimientos. (1)

#### **2.3.4. Marco consolidado para la investigación de la implementación**

El Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación, denominado “CFIR” por su nombre en inglés “Consolidated Framework for Implementation Research”, es una cartera de conceptos que han sido organizados en cinco dominios que se pueden aplicar a diversas herramientas que se esperan implementar, evaluando sus posibles barreras o facilitadores. La primera versión del CFIR fue publicada en el 2009, y desde entonces se vienen determinando terminologías, instrumentos, conceptos y se compiló en un marco organizador. (39)

El objetivo del CFIR es recopilar información de personas que están encargadas, tengan poder o influencia sobre el proceso de implementación. Las herramientas del CFIR se encuentran operativas, aunque refieren que se deben seguir los siguientes pasos: 1) Definir el tema a evaluar, 2) Reemplace el lenguaje de construcción general al lenguaje específico del proyecto y 3) Agregue construcciones no incluidos. (39)

La evaluación cualitativa o cuantitativa de la herramienta a implementarse está determinada en base a los siguientes dominios que se detallan a continuación: (39)

- i) Dominio de la innovación: Se centra en la herramienta a implementarse. Se espera documentar la innovación que se está implementando, así mismo, busca diferenciar la herramienta del proceso de implementación y las estrategias utilizadas para su implementación. En este dominio se evalúan los siguientes constructos: A) Fuente de innovación, B) Base de evidencia de la innovación, C) Ventaja relativa de la innovación, D) Adaptabilidad a la innovación, E) Capacidad de prueba de la innovación, F) Complejidad de la innovación, G) Diseño de innovación y H) Costo de la innovación.
- ii) Dominio del entorno externo: Es el entorno macro en el que se encuentra la herramienta, siendo estos por ejemplo hospitales, distritos, el estado, entre otros. Puede haber existen múltiples entornos externos y múltiples niveles dentro del entorno externo. En este dominio se evalúan los siguientes constructos: A) Incidentes críticos, B) Actitudes locales, C) Condiciones locales, D) Asociaciones y conexiones, E) Políticas y leyes, F) Financiación y G) Presión externa (presión social, presión del mercado y presión por la medición del desempeño).

- iii) Dominio del entorno interno: Es el entorno en el que se implementa la innovación, por ejemplo un hospital o una escuela. Puede haber múltiples entornos internos y múltiples niveles dentro del entorno interno (ejemplo: colegio y aula). El objetivo de este dominio es documentar las características del entorno interno real y su límite respecto al entorno externo. En este dominio se evalúan los siguientes constructos: A) Características estructurales (infraestructura física, infraestructura de la tecnología de la información, infraestructura de trabajo), B) Conexiones relacionales, C) Comunicaciones, D) Cultura (centrada en la igualdad humana, centrada en el destinatario, centrada en el liberador, centrada en el aprendizaje), E) Tensión por el cambio, F) Compatibilidad, G) Prioridad relativa, H) Sistemas de incentivos, I) Alineación de la misión, J) Recursos disponibles (financiación, espacios, materiales y equipos) y K) Acceso al conocimiento y a la información.
- iv) Dominio de los individuos: Evalúa los roles y las características de los individuos. Este dominio presenta subdominios. En el subdominio “Roles” se evalúan los siguientes constructos: A) Líderes de alto nivel, B) líderes de nivel medio, C) Líderes de opinión, D) Facilitadores de la implementación, E) Responsables de la implementación, F) Miembros del equipo de implementación, G) Otro apoyo a la implementación, H) Entregadores de innovación e I) Destinatarios de la innovación. Por otro lado, en el subdominio “Características” se evalúan los siguientes constructos: A) Necesidad, B) Capacidad, C) Oportunidad, D) Motivación.
- v) Dominio del proceso de implementación: Este dominio se centra en las actividades y estrategias utilizadas para la implementación de la innovación. Se evaluarán los siguientes constructos: A) Trabajo en equipo B) Evaluación de necesidades (distribuidores de innovación, destinatarios de la innovación), C) Evaluación del contexto, D) Planificación, E) Estrategias de adaptación, F) Atractivo (distribuidores de innovación, destinatarios de la innovación), G) Actividades realizadas, H) Reflexión y evaluación (implementación, innovación) e I) Adaptación.

## **2.4. Bases políticas y/o legales**

### **2.4.1. Bases políticas**

#### **2.4.1.1. Transformación Digital en el Perú**

La presidencia del Consejo de Ministros viene trabajando en establecer un “Gobierno Digital”, el cual se centra en utilizar las estrategias de tecnologías digitales y datos disponibles para el manejo de la administración de entidades públicas, buscando así un mayor valor en la atención pública. Para ello, se requieren principios, políticas, normativas, procedimientos, técnicas e instrumentos para su gobernanza, gestión e implementación. Para establecer estos principios el gobierno

ha creado una Ley de Gobierno Digital y un Sistema Nacional de Transformación Digital (SNTD), donde este último está conformado por la Presidencia del Consejo de Ministros, 06 ministerios, el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (Concytec), comités de gobierno digital de entidades públicas y organizaciones del sector privado, sociedad civil, academia y otros actores que brinden un aporte a la conformación una sociedad digital. (40) A fin de materializar las políticas específicas que permitan conformar un Gobierno Digital, se ha elaborado una “Política Nacional de Transformación Digital”. (41)

La “Política Nacional de Transformación Digital” (PNTD) fue aprobada el 28 de julio del 2023, en donde se identifica el plan de trabajo (objetivos, acciones, indicadores, metas, entre otros) para alcanzar una transformación digital en el Perú. Esta política nacional consta de 6 objetivos prioritarios, donde el tercer objetivo prioritario refiere “Gobierno digital: Garantizar la disponibilidad de servicios públicos digitales inclusivos, predictivos y empáticos con la ciudadanía”. Se espera que este objetivo logre proveer de servicios digitales empáticos y predictivos a los peruanos, dando así la oportunidad de que se mejore la interacción entre las personas y las entidades del gobierno. (42)

Para el cumplimiento del tercer objetivo existe una serie de servicios que deben implementarse en el país, siendo uno de ellos el “S3.2.5. Historia Clínica Digital público-privada integrada para la ciudadanía con énfasis en grupos de especial protección”, el cual la PNTD refiere que es un servicio que se viene mejorando y está dirigida a la ciudadanía; así mismo, está a cargo de la Secretaría de Gobierno y Transformación Digital de la Presidencia de Consejo de Ministros y la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud con inclusión de autoridades de EsSalud. El indicador con el cual se evaluará este servicio será mediante la tasa de variación de historias clínicas digitales implementadas cuyo registro es integral en las instituciones de salud del Perú. (43)

#### **2.4.1.2. Historias Clínicas Electrónicas en el Perú**

##### **A) Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE)**

El Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE), aprobado mediante la Resolución Ministerial 1344-2018/MINSA, es aquel conjunto de profesionales, instituciones, normativas y tecnologías de la información y comunicaciones que trabajan en la gestión y aplicación de las historias clínicas electrónicas. (44)

Esta plataforma digital desarrollada por el Ministerio de Salud del Perú, que trabaja con la información asistencial y componentes administrativos, permiten la gestión de una Institución Prestadora de Servicio de Salud (IPRESS). El sistema ha sido denominado como e-Qhali (e=electronic [inglés]; qhali=medicina saludable [quechua]). Por el momento su ámbito de aplicación

se restringe a los servicios del primer nivel de atención públicos. (44) Al 2024, e-Qhali cuenta con los módulos asistenciales de atención prenatal, consulta externa, triaje, Crecimiento y desarrollo (CRED), Inmunizaciones, VIH, Salud bucal, Salud familiar, Nutrición y dietética y laboratorio, así como otros módulos administrativos tales como Ventanilla Única, Gestión Administrativa y Configuración de la IPRESS. (45)

#### *Características del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE)*

Dentro de las características clínicas que presenta el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas encontramos (44):

- i) **Identificación universal:** Permite identificar mediante el DNI al paciente o usuario que acude al establecimiento de salud. Esto es posible debido a la interoperabilidad que presenta con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), Seguro integral de Salud (SIS) y diversos ministerios como el de educación, de salud, del trabajo y promoción del empleo y de la mujer y poblaciones vulnerables. Este sistema integrado permite que un paciente o usuario pueda realizar su atención de salud con su misma historia clínica en cualquier otro establecimiento integrado, siempre y cuando autorice este acceso.
- ii) **Acceso del personal de salud:** Permite que el profesional de salud pueda observar a todos los datos registrados en la historia clínica electrónica generado en otro establecimiento, previo consentimiento del usuario o paciente.
- iii) **Actualización de datos:** Permite que se actualice la información, previa autorización del paciente o usuario, alojada en el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (RENHICE). Presenta un diseño ordenado basado en filiación, información clínica, información clínica básica y clínica sensible por cada historia clínica electrónica.
- iv) **Estandarización de identificadores:** Cumple con identificadores estándar de datos en salud, los cuales han sido establecidos por el decreto supremo 024-2005-SA, en donde se encuentran: Procedimiento médico realizado, Producto farmacéutico, usuario de salud, establecimiento de salud, unidad productora de servicios en establecimiento de salud, episodio de atención, personal de salud y financiador.
- v) **Presentación de información estadística:** Cuenta con funciones estadísticas que permiten brindar la información necesaria al Sistema Nacional de Salud. Los informes que genera a partir de la atención en salud son resguardados mediante documentos estructurados e inalterables.
- vi) **Gobierno digital:** Como parte de los lineamientos del gobierno digital, el SIHCE cumple con los requisitos de interoperabilidad.



### *Requisitos técnicos mínimos*

Será requisito que toda IPRESS que implemente el sistema e-Qhali cuente con los siguientes requerimientos técnicos mínimos (44):

- i) Internet con un ancho de banda de 2MB
- ii) Al menos una impresora láser monocromática
- iii) Impresora ticketera térmica
- iv) Lector de código de barras para la lectura del DNI y/o DNI electrónico.
- v) Lector o grabador de tarjetas inteligentes
- vi) Computadora de escritorio:
  - Procesador Intel Core i3-4160 Processor
  - RAM: 2GB o 4GB (64 bit)
  - Disco duro: 512 GB
  - Monitor: Pantalla 17” LCD, monitor LCD LED retroiluminada con resolución mínima de 1366 x 768.

Muchos de los equipos mencionados dependerán su cantidad de el número de ambientes físicos en donde se use e-Qhali. Así mismo, la Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI), del Ministerio de Salud del Perú, será la encargada de evaluar que se cumplan con todos estos requisitos.

### **B) SisGalen y SisGalen Plus**

El SisGalen Plus, un sistema integrado de gestión hospitalaria, tiene como objetivo brindar un soporte informático a los establecimientos de salud para que generen un correcto registro de datos clínicos y administrativos, buscando así brindar información al nivel gerencial para la adecuada toma de decisiones. Es así como el SisGalen Plus busca contribuir a la eficiencia de los procesos propios de un hospital, con módulos que brindan apoyo a la consulta externa, emergencia, hospitalización, archivo y facturación; bajo esta estructura se espera optimizar los recursos públicos de las instituciones. (46)

Historia Clínica Electrónica que inició su implementación en el 2010 y está dirigida a establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) del segundo y tercer nivel de atención, además, la herramienta informática presenta interoperabilidad con diversos aplicativos del MINSA tales como HISMINSA, REFCON y FUA-SIS. (7)

### *Requerimientos técnicos mínimos recomendados*

Para la implementación del SisGalen o SisGalen Plus es necesario contar con los siguientes requerimientos mínimos recomendados. A nivel de Hardware, el servidor debe tener capacidad de conectarse a internet, presentar mouse,

teclado, monitor SVGA, procesador Xeon 2.4 GHz de 16 GB de RAM y espacio de disco duro disponible de 40GB. El software debe ser Windows 2003 estándar, presentar antivirus y actualizaciones de seguridad. Entre otros elementos, también se solicita instalación eléctrica de pozo a tierra, pararrayos en establecimientos vulnerables a rayos, cableados estructurados y procesador Core3 de 2 GHz. (46)

#### *Módulos del sistema*

La herramienta SisGalen Plus está compuesto por diversos módulos, entre los cuales se encuentran los de Consulta externa (citas, admisión, atenciones, triaje y CRED), el módulo de Programación general (turnos de los profesionales de la salud), módulo de Facturación, módulo de seguridad, módulo general, módulo de caja, módulo d laboratorio y módulo de HIS. (46)

#### C) Servicio de Salud Inteligente (ESSI)

La historia clínica electrónica implementada en el Seguro Social de Salud se denomina “EsSalud Servicio de Salud Inteligente (ESSI)”, el cual viene operando desde el 2019 en todos los establecimientos de salud, el cual permite organizar y ejecutar las actividades asistenciales así como las administrativas; además, es un modelo de historia única a nivel nacional, lo cual permite ser soporte para los profesionales que brindan atención sanitaria. El ESSI espera que su implementación mejore la calidad de sus servicios, fortalezca la continuidad de estos y permita mejorar la gestión de su sistema de salud mediante los datos obtenidos. (47)

#### D) One Vision

El sistema de información One Vision es utilizado en la región de Cajamarca por poco más de 2 años, y tiene la finalidad de unificar la información respecto a recursos humanos, infraestructura, equipamiento y medicinas de establecimientos de salud, buscando así que el Gobierno Regional y la Dirección Regional de Salud tomen decisiones informadas que favorezcan a la población. Según lo declarado por el Gobierno Regional, anteriormente los establecimientos solicitaban diversos recursos pero sin un fundamento de qué elementos son los que realmente necesitan. (48)

El sistema se estima que impacta positivamente en cerca de 13 143 pacientes y fue desarrollado mediante un código de fuente libre; así mismo, One Vision presenta interoperabilidad con el HIS Minsa y trabaja bajo servidores locales. A la actualidad, el sistema opera bajo 4 módulos: 1) Gestión de medicamentos, 2) Gestión de recursos humanos, 3) Gestión de infraestructura y 4) Gestión de equipamiento. (48)

### **2.4.2. Bases legales**

Que el Congreso de la República el 22 de mayo del 2013, mediante la Ley Nro. 30024, Artículo 1, crea el “Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y establece sus objetivos, administración, organización, implementación, confidencialidad y accesibilidad”. Así mismo, en su Artículo 2, define al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas como “la infraestructura tecnológica especializada en salud que 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 dentro de historias clínicas electrónicas 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”. (49)

Que el Presidente de la República el 13 de septiembre del 2018, mediante el Decreto Legislativo Nro.1412, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gobierno Digital, Artículo 1, establece el “marco de gobernanza del gobierno digital para la adecuada gestión de la identidad digital, servicios digitales, arquitectura digital, interoperabilidad, seguridad digital y datos, así como el régimen jurídico aplicable al uso transversal de tecnologías digitales en la digitalización de procesos y prestación de servicios digitales por parte de las entidades de la Administración Pública en los tres niveles de gobierno” (50)

Que el Presidente de la República el 13 de septiembre del 2018, mediante el Decreto Legislativo Nro.1412, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gobierno Digital, Artículo 6, define al gobierno digital como “el uso estratégico de las tecnologías digitales y datos en la Administración Pública para la creación de valor público. Se sustenta en un ecosistema compuesto por actores del sector público, ciudadanos y otros interesados, quienes apoyan en la implementación de iniciativas y acciones de diseño, creación de servicios digitales y contenidos, asegurando el pleno respeto de los derechos de los ciudadanos y personas en general en el entorno digital.” (50)

Que la Ministra de Salud el 27 de diciembre del 2018, mediante Resolución Ministerial Nro. 1344-2018/MINSA, en su Artículo 1, aprobaron el documento técnico “El Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE – e-Qhali para el primer nivel de atención”. (44)

Que el Presidente de la República el 09 de enero del 2020, mediante el Decreto de Urgencia Nro. 006-2020, Artículo 1, crea el Sistema Nacional de Transformación Digital. Así mismo, en su Artículo 4.1 refiere que “El Sistema Nacional de Transformación Digital es un Sistema Funcional del Poder Ejecutivo, conformado por un conjunto de principios, normas, procedimientos, técnicas e instrumentos mediante los cuales se organizan las actividades de la administración pública y se promueven las actividades de las empresas, la sociedad civil y la academia orientadas a alcanzar los objetivos del país en materia de transformación digital.” (51)

Que el Ministro de Salud y el Presidente Ejecutivo del Seguro Social de Salud el 31 de enero del 2022, mediante el Convenio Nro. 002-2022/MINSA, en su cláusula cuarta, acuerdan que “ESSALUD autoriza el uso del Software Sistema de Gestión de Servicios de Salud, ahora denominado EsSalud Servicios de Salud Inteligente (ESSI) a favor del MINSA como ente rector de salud”. (52)

Que el Ministro de Salud el 18 de mayo del 2022, mediante Resolución Ministerial Nro.356-2022/MINSA, Artículo 1, dispone que “los Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas cuya titularidad sea ejercida por el Ministerio de Salud, se denomine de manera genérica, Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE del MINSA”. (53)

Que la Presidencia del Consejo de Ministros el 28 de julio del 2023, mediante el Decreto Supremo Nro. 085-2023-PCM, Artículo 1, “Aprueba la Política Nacional de Transformación Digital”. Así mismo, en su acápite 3.5. “Situación deseada” refiere que “al 2030, el Perú logra incrementar el ejercicio de la ciudadanía digital, es decir, de derechos y obligaciones en un entorno digital seguro, mediante la ejecución de una serie de capacidades y libertades a través de las cuales se satisfacen necesidades y aspiraciones de las personas”. (43)

### **III. ABORDAJE METODOLÓGICO**

#### **3.1. Abordaje y tipo de estudio**

El estudio multicéntrico es de enfoque mixto, de diseño secuencial exploratorio, donde el investigador primero recopila y analiza la información cualitativa para luego buscar más información mediante un enfoque cuantitativo. (54)

En la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro se ejecutará el enfoque cualitativo y será abordado mediante un diseño fenomenológico, debido a que se estudiará una experiencia similar (implementación) en un grupo de personas (55,56).

#### **3.2. Escenario del estudio**

Para el desarrollo del estudio se han contemplado 2 escenarios, los cuales se detallan a continuación:

*Escenario 1:*

Establecimientos de salud públicos del primer y segundo nivel de atención de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro que no presenten historia clínica electrónica implementada. Este escenario buscará resolver el primer objetivo específico.

*Escenario 2:*

Establecimientos de salud públicos del primer y segundo nivel de atención de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro que cuenten con historia clínica implementada. Se evaluarán los sistemas de información SIHCE e-Qhali (centros y postas de salud del Ministerio de Salud), SISGalen Plus (hospitales del Ministerio de Salud) y EsSI (centros de salud y hospitales de EsSalud. Se asumirá como establecimiento con historia clínica electrónica implementada a aquel que cuente con al menos un módulo operativo y utilizado al momento de la ejecución del estudio. Este escenario buscará resolver el segundo objetivo específico.

#### **3.3. Sujetos de estudio**

Los sujetos de estudio que son materia de investigación serán los: i) gestores de establecimientos de salud públicos sin historia clínica implementada y ii) gestores de establecimientos de salud públicos con historia clínica implementada, ambos grupos correspondientes a la Dirección de Redes Integradas de Lima Centro. Se presentan a continuación los criterios de selección.

### 3.3.1. *Criterios de selección para el Escenario 1: Gestores de establecimientos de salud sin historia clínica electrónica implementada*

Criterios de inclusión:

- Profesional de la salud que durante al menos 6 meses cumpla el rol de gestor (jefe del establecimiento de salud o responsable designado) en el proceso de implementación de la historia clínica electrónica. Se considerará un periodo de al menos 6 meses para garantizar que el profesional se encuentra adaptado a su labor.
- Profesional que brinde su consentimiento informado de participar en el estudio.
- Profesional que acepte que la conversación sea grabada en audio, lo cual será necesario para el posterior análisis a realizar.

Criterios de exclusión:

- Profesional de la salud que presente algún impedimento físico o mental ser parte del estudio.
- Profesional que, habiendo aceptado inicialmente ser parte del estudio, decida retirarse por cualquier motivo.

### 3.3.2. *Criterios de selección para el Escenario 2: Gestores de establecimientos de salud con historia clínica electrónica*

Criterios de inclusión:

- Profesional de la salud que durante al menos 6 meses hubiese cumplido el rol de gestor (jefe del establecimiento de salud o responsable designado) en el proceso de implementación de la historia clínica electrónica. Se considerará un periodo de al menos 6 meses para garantizar que el profesional se encuentra adaptado a su labor.
- Profesional de la salud que hubiera participado en el proceso de implementación de la historia clínica electrónica en cualquiera de las etapas descritas por el Ministerio de Salud: i) Requerimientos técnicos, ii) Capacitación o iii) Uso del sistema y seguimiento.
- Profesional que brinde su consentimiento informado de ser parte del estudio.
- Profesional que acepte que la conversación sea grabada en audio, lo cual será necesario para el posterior análisis a realizar.

Criterios de exclusión:

- Profesional de la salud que presente algún impedimento físico o mental ser parte del estudio.

- Profesional que, habiendo aceptado inicialmente ser parte del estudio, decida retirarse por cualquier motivo.

### 3.3.3. Muestra

El tamaño de la muestra estará determinado por la saturación de datos, lo cual fue definido por Glaser y Strauss como “el punto en el que no se encuentran datos adicionales por los cuales el investigador pueda desarrollar propiedades de la categoría”. (57)

### 3.3.4. Muestreo

El muestreo será no probabilístico, de tipo “por criterio” (intencional), donde se seleccionan participantes que cumplan ciertos criterios predeterminados de importancia para el estudio, siendo el criterio fundamental la experiencia de los participantes con el fenómeno de estudio (implementación de la historia clínica electrónica). (58)

## 3.4. Técnicas y/o instrumentos de recolección de datos

### 3.4.1. Técnicas de recolección de datos

Se utilizará como técnica la entrevista a profundidad, entendida como el acto de formular preguntas abiertas, atender y registrar las respuestas del participante, donde las preguntas son abiertas y preestablecidas, con la finalidad de profundizar en el tema de estudio. (59,60)

### 3.4.2. Instrumentos de recolección de datos

El estudio utilizará un instrumento de recolección de datos cuyo contenido estará basado en el Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación (denominado “CFIR”, por sus siglas en inglés). (39) El CFIR, elaborado en el 2009 y actualizado en el 2022, brinda una estructura para adoptar, consolidar y unificar constructos clave de teorías de la implementación. Su elaboración se basa en la combinación de constructos de teorías publicadas, así como en la posterior revisión de los constructos en base a revisión sistemática y validación con autores que utilizaron el CFIR (61,62).

El mismo instrumento cuenta con adaptaciones para establecimientos con y sin historia clínica implementada.

En la **Tabla 1** se muestran las dimensiones y subdimensiones consideradas por el CFIR para la valoración cualitativa de las implementaciones. Se adjunta la guía de entrevistas en el **Anexo 03**.

**Tabla 1.** Dimensiones y subdimensiones por utilizar en el estudio

Variable	Dimensiones	Subdimensiones
Barreras y oportunidades en la implementación	Dominio de la innovación	Fuente de innovación
		Base de evidencia de innovación
		Ventaja relativa de la innovación
		Adaptabilidad a la innovación
		Capacidad de prueba de la innovación
		Complejidad de la innovación
		Diseño de la innovación
		Costo de la innovación
	Dominio del entorno externo	Incidentes críticos
		Actitudes locales
		Condiciones locales
		Asociaciones y conexiones
		Políticas y leyes
		Financiación
		Presión externa: Presión social
		Presión externa: Presión de mercado
		Presión externa: Presión por la medición del desempeño
	Dominio del entorno interno	Características estructurales: Infraestructura física
		Características estructurales: Infraestructura de tecnología de la información
		Características estructurales: Infraestructura de trabajo
		Conexiones relacionales
		Comunicaciones
		Cultura: Centrarse en la igualdad humana
		Cultura: Centrado en el destinatario
		Cultura: Centrado en el proveedor
		Cultura: Centrado en el aprendizaje
		Tensión por el cambio*
		Compatibilidad*
		Prioridad relativa*
		Sistemas de incentivos*
		Alineación de la misión*
		Recursos disponibles: Financiación*
		Recursos disponibles: Espacio*
		Recursos disponibles: Materiales y equipos*
		Acceso al conocimiento y a la información*
	Dominio de los individuos	<b>Subdominio de roles:</b>
		Líderes de alto nivel
		Líderes de nivel medio
		Líderes de opinión
		Facilitadores de la implementación
		Responsables de la implementación



Dominio del proceso de implementación	Miembros del equipo de implementación
	Otro apoyo a la implementación
	Entregadores de innovación
	Destinatarios de la innovación
	<b>Subdominio de características:</b>
	Necesidad
	Capacidad
	Oportunidad
	Motivación
	Trabajo en equipo
	Evaluación de necesidades:
	Distribuidores de innovación
	Evaluación de necesidades:
	Destinatarios de innovación
	Evaluación del contexto
	Planificación
	Estrategias de adaptación
	Atracción: Distribuidores de innovación
	Atracción: Destinatarios de innovación
	Haciendo
	Reflexión y evaluación: Implementación
	Reflexión y evaluación: Innovación
	Adaptación

\* Constructos que son específicos para centros implementados

Los constructos utilizados en la guía de entrevista han sido validada por el equipo CFIR (62,63), y la misma fue solicitada al mismo equipo responsable, quienes lo compartieron por vía correo electrónico.

### *Validación*

El proceso de elaboración del instrumento se encuentra disponible en la web de los mismos desarrolladores (62), sin embargo también existen investigadores externos que han validado el instrumento, a continuación se reportan los más relevantes.

Fernández M evaluó los constructos del CFIR mediante una valoración numérica, encontrando que el Análisis Factorial Confirmatorio mostraba un buen ajuste del modelo, siendo su Índice de ajuste comparativo (CFI) y su índice de Tucker-Lewis (TLI) mayor a 0,90; así mismo su razón del error cuadrático medio estandarizado (Standarized Root Mean Square Residual) y su raíz del error cuadrático medio de aproximación (Root Mean Square Error of Appoximation) fue menor a 0,08, lo cual es un valor esperado e indica que existe una consistencia en las respuestas (escasa diferencia entre datos observados). Respecto a las cargas factoriales, fueron mayores a 0,40, lo cual indica que los ítems se relacionan a lo que se desea medir. Finalmente, el alfa de Cronbach de cada ítem era superior a 0,7. El estudio brinda más indicadores que respaldan el uso del CFIR. (64)

En entornos clínicos, Kegler M (65) evaluó el CFIR en centros de salud federales de los Estados Unidos y encontró una confiabilidad (alfa de Cronbach) de 0,88,

siendo superior al valor esperado; así mismo, el Coeficiente de correlación intraclase fue del 2,4%, lo cual refleja de las respuestas no se ven influenciadas por la institución a la cual pertenecen los participantes. Por otro lado, Walker T (66) evaluó el CFIR en una red de establecimientos pediátricos, encontrando una carga factorial por encima de 0,60, lo cual refleja que cada ítem contribuye al constructo que pretende evaluar, así mismo su Análisis Factorial Confirmatorio brindó un CFI y TLI superior a 0,90; finalmente también se obtuvo un Coeficiente de correlación intraclase de 0,05, lo cual refleja que hay poca variación de las respuestas entre establecimientos de salud.

### **3.5. Plan de recolección de datos**

Una vez aprobado el proyecto de investigación por parte del asesor y coasesora asignados en el programa de doctorado, este será enviado a un comité de ética para su revisión. Posteriormente a la aprobación, se agendarán reuniones con la Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (67) de EsSalud y con la Oficina de Tecnologías de la información y Comunicaciones (68) del Ministerio de Salud a fin de revisar en conjunto el proyecto.

Posteriormente se tramitarán los permisos en postas, centros de salud y hospitales. Para aquellos centros de salud ubicados en Lima Metropolitana, se solicitará el permiso en las 4 Direcciones de Redes Integradas en Salud (DIRIS). Para la realización de entrevistas en centros de salud ubicados en Lima Centro, se solicitará el permiso a la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Centro. La lista de establecimientos de salud se encuentra en el **Anexo 04**.

Una vez aprobada la ejecución del estudio en cualquiera de los establecimientos de salud, se harán las visitas para tener la entrevista con el jefe del establecimiento o el gestor a cargo del proceso de implementación, para hacerte entrega de la carta de aprobación del estudio y se pactará una reunión de al menos 60 minutos, buscando que este no altere sus actividades laborales.

Una vez encontrado el espacio disponible se realizará el proceso de consentimiento informado (**Anexo 02**); una vez leído y aceptado, se procederá con las entrevistas, las cuales tendrán una duración aproximada de 60 minutos. Las reuniones donde se realizarán las entrevistas se buscarán que sea en espacios donde solo se encuentre el participante, además, cada entrevista será grabada en su totalidad en formato de solo audio.

### **3.6. Plan de análisis y presentación de resultados**

El enfoque cualitativo iniciará con la transcripción de las grabaciones a documentos Microsoft Word, donde se encontrarán literalmente las preguntas y respuestas. Posteriormente se analizará el contenido de los documentos en base a los códigos preestablecidos (subdimensiones), con la posibilidad de que aparezcan nuevos. Seguidamente, se reunirán los códigos similares para establecer cuáles muestran mayor representatividad y puedan ser reportados en la sección de resultados. El

análisis temático se realizará en el software AtlasTi y se realizará de forma independiente para cada escenario del estudio.

### 3.7. Aspectos éticos

**Participación de seres humanos:** El estudio contará con la participación de sujetos humanos, los cuales serán gestores de establecimientos de salud públicos.

**Participantes:** Para el enfoque cualitativo no se ha determinado el número de participantes debido a que el tamaño de muestra es determinado por saturación.

**Reclutamiento de los participantes:** Los participantes serán seleccionados por el investigador principal y será en base al registro de establecimientos de salud públicos, divididos por aquellos que presentan y no presentan la historia clínica electrónica implementada

#### **Consecuencias de la participación en la investigación:**

*Beneficios:* El estudio involucra la evaluación de barreras y oportunidades desde el sector político (ministerio) hasta el asistencial (centros y hospitales), por lo cual los resultados obtenidos podrán mostrar a las autoridades los mejores caminos para el proceso de implementación, beneficiando indirectamente a cada gestor en la mejora del sistema de información clínica que administra en su centro.

*Daños potenciales:* Existe la posibilidad de que los gestores sientan temor o preocupación de referir alguna información que pueda comprometer su rol en el establecimiento, por lo cual se dejará en claro al participante que las grabaciones ni los cuestionarios serán compartidos con terceros; así mismo, que es libre de retirarse del estudio en cualquier momento.

**Pago a los participantes:** No se ha estimado alguna retribución económica para quienes resuelvan los cuestionarios.

**Pago de los participantes:** Los participantes no brindarán ningún pago por ser parte de este estudio.

**Informe de avance a los participantes:** Debido a que los resultados de la investigación están enmarcados en una tesis de postgrado, no se podrá brindar informes de resultados preliminares. Sin embargo, a quienes deseen, se les enviará la tesis en formato PDF a su correo electrónico luego de la sustentación.

**Informe al público:** El informe final de la tesis estará disponible en el repositorio institucional de la universidad; así mismo, se presentará como mínimo un artículo original a una revista categorizada en Q1 o Q2 en Scopus y se comunicarán resultados preliminares en un congreso internacional.

**Confidencialidad de la información obtenida:** Las grabaciones de audio con sus transcripciones, así como los cuestionarios completados, serán custodiados por el investigador principal. Estos instrumentos no presentarán datos identificables. Además, solo el investigador principal y los co-asesores tendrán acceso a la información digital (base de datos, grabaciones, documentos escaneados), la cual se encontrará en un drive del correo del investigador principal y se podrá acceder con su correo y contraseña o si se presenta invitación personal para acceder a los mismos.

**Consentimiento informado:** El presente estudio contará con un consentimiento informado, el cual se encuentra en el **Anexo 02**.

#### IV. PRESUPUESTO

Ítem	Descripción	Cantidad requerida	Costo por unidad (\$)	Costo por unidad (\$/.)	Unidad	Total	Total ajustado (+10%)	Naturaleza
<b>VIAJES</b>								
<b>Servicio de viajes al interior del país</b>								
1	Pasaje avión, Cajamarca, 15 días	1.00	195.00	741.00	Paquete: Ida + Vuelta	741.00	815.10	Servicio
2	Pasaje avión, Cusco, 15 días	1.00	59.61	226.52	Paquete: Ida + Vuelta	226.52	249.17	Servicio
3	Pasaje avión, Cajamarca, 30 días	1.00	46.63	177.19	Paquete: Ida + Vuelta	177.19	194.91	Servicio
4	Pasaje avión, Cusco, 30 días	1.00	52.53	213.07	Paquete: Ida + Vuelta	213.07	234.37	Servicio
<b>Servicio de hospedaje y viáticos</b>								
5	Hospedaje, Cajamarca, 15 días	15.00		40	Noche	600.00	660.00	Servicio
6	Hospedaje, Cusco, 15 días	15.00		50	Noche	750.00	825.00	Servicio
7	Hospedaje, Cajamarca, 30 días	30.00		40	Noche	1,200.00	1,320.00	Servicio
8	Hospedaje, Cusco, 30 días	30.00		50	Noche	1,500.00	1,650.00	Servicio
9	Viáticos: Alimentación + Pasajes, Cajamarca, 15 días	15.00		100	Día	1,500.00	1,650.00	Servicio
10	Viáticos: Alimentación + Pasajes, Cusco, 15 días	15.00		100	Día	1,500.00	1,650.00	Servicio
11	Viáticos: Alimentación + Pasajes, Cajamarca, 30 días	30.00		100	Día	3,000.00	3,300.00	Servicio
12	Viáticos: Alimentación + Pasajes, Cusco, 30 días	30.00		100	Día	3,000.00	3,300.00	Servicio
<b>SERVICIOS</b>								
<b>Suscripción a software cualitativo</b>								
13	ATLAS.ti Licencia Estudiantil (PC, Mac + Web)	1.00		343.7	Licencia anual	343.70	378.07	Software
<b>Comité de ética</b>								
14	Revisión de protocolo por comité de ética	1.00		500	Revisión	500.00	550.00	Comité de ética
<b>MATERIALES E INSUMOS</b>								
<b>Materiales de escritorio</b>								
15	Papel Fotocopia A4 80 G Paquete X 500 Und	2.00		13.7	Paquete	27.40	30.14	Insumos
16	Bolígrafo Pilot Bp-Sf Punta Fina X 4 Und	3.00		14.4	Paquete	43.20	47.52	Insumos
17	Artesco Mica Porta Papel A4 Bolsa 10 unid	10.00		6.8	Paquete	68.00	74.80	Insumos

18	Carpeta Artesco Oficio Rojo Plastificado Con Liga	4.00		5.4	Folder	21.60	23.76	Insumos
19	Memoria Usb Maxell Negro 16 Gb	3.00		16.9	Unidad USB	50.70	55.77	Insumos
20	Cuaderno Cuadriculado Iris Color A4 Anillado Negro Tapa Dura 160 Hojas	2.00		22	Cuaderno	44.00	48.40	Insumos
<b>Grabación</b>								
21	Grabadora de voz con IA Plaud Note 64GB	1.00		799.9	Grabadora	799.90	879.89	Materiales
<b>Bocaditos</b>								
22	Bocaditos por entrevista	50.00		10	Paquete de bocaditos	500.00	550.00	Servicio
						<b>Total (parcial)</b>	<b>24,262</b>	
23	Reserva de gestión						1940.95	-
24	Reserva de contingencia						2426.19	-
						<b>Total (final)</b>	<b>28,629</b>	

## V. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2024	2025												2026		
	Abr-Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene-Abr	May-Ago	Sep-Dic
Elaboración del proyecto de tesis	X															
Revisión y aprobación por el programa doctoral	X	X														
Revisión y aprobación del comité de ética		X	X													
Revisión y aprobación de instituciones				X	X	X										
Recolección de datos: Enfoque cualitativo							X	X	X	X						
Transcripción de entrevistas							X	X	X	X	X	X	X			
Análisis de datos cualitativos											X	X	X			
Entrenamiento en diseños mixtos											X	X	X			
Preparación de material para congreso													X			
Redacción de artículo													X	X	X	
Redacción de informe final															X	X
Difusión en un congreso internacional																X
Sustentación																X

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Office of the National Coordinator for Health Information Technology. HealthIT.gov. 2020 [citado el 19 de marzo de 2024]. What are the advantages of electronic health records? | HealthIT.gov. Disponible en: <https://www.healthit.gov/faq/what-are-advantages-electronic-health-records>
2. King J, Patel V, Jamoom EW, Furukawa MF. Clinical benefits of electronic health record use: national findings. Health Serv Res. febrero de 2014;49(1 Pt 2):392–404.
3. Uslu A, Stausberg J. Value of the Electronic Medical Record for Hospital Care: Update From the Literature. J Med Internet Res [Internet]. el 23 de diciembre de 2021 [citado el 19 de marzo de 2024];23(12):e26323. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8738989/>
4. Rotenstein LS, Apathy N, Landon B, Bates DW. Assessment of Satisfaction With the Electronic Health Record Among Physicians in Physician-Owned vs Non-Physician-Owned Practices. JAMA Netw Open. el 1 de abril de 2022;5(4):e228301.
5. Tubaishat A. The effect of electronic health records on patient safety: A qualitative exploratory study. Inform Health Soc Care. enero de 2019;44(1):79–91.
6. Ministerio de Salud del Perú. Plan estratégico institucional (PEI) 2019-2027 ampliado del Ministerio de Salud [Internet]. 2024 [citado el 2 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5306537-172-2024-minsa>
7. Grupo Banco Mundial. Sistemas de gestión de información en salud en el Perú [Internet]. BIRF-AIF; 2023 [citado el 7 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099062123174137305/pdf/P17782204c0a3a0900ab500da7cac2fb8c7.pdf>
8. Ministerio de Salud del Perú. Minsa lanza Historia Clínica Electrónica que agilizará atención en 21 establecimientos de salud en Lima Centro [Internet]. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro. 2022 [citado el 26 de junio de 2024]. Disponible en: <https://dirislimacentro.gob.pe/minsa-lanza-historia-clinica-electronica-que-agilizara-atencion-en-21-establecimientos-de-salud-en-lima-centro/>
9. Ministerio de Salud del Perú. Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica SIHCE del MINSA [Internet]. Oficina General de Tecnologías de la información; 2022. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/OGEI/21-Historia\\_Clinica\\_Electronica\\_Diana\\_Mu%C3%B1oz\\_OIDT.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/OGEI/21-Historia_Clinica_Electronica_Diana_Mu%C3%B1oz_OIDT.pdf)
10. Superintendencia Nacional de Salud. RENIPRESS. 2024 [citado el 26 de junio de 2024]. Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Disponible en: <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button>



11. Ministerio de Salud del Perú. El Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas SIHCE del MINSA a ser implementado en las instituciones prestadoras de servicios de salud del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales del primer, segundo y tercer nivel de atención, año 2022 [Internet]. MINSA; 2022. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2837758/Documento%20T%C3%A9cnico.pdf>
12. Fennelly O, Cunningham C, Grogan L, Cronin H, O'Shea C, Roche M, et al. Successfully implementing a national electronic health record: a rapid umbrella review. *Int J Med Inform.* diciembre de 2020;144:104281.
13. Canales Lezama AR, Huapaya Chanchahuaña OS, Jesus Chuco MA, Mendoza Bernedo JF, Sinti Grados WL. Implementación de historia clínica electrónica en la Clínica Bellavista - Auna. 2016 [citado el 26 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.usil.edu.pe/entities/publication/3abe1ba1-cf5e-4c5b-b8a6-70c638253ee5>
14. Huacchillo Fernandez JM. Propuesta de implementación de un sistema de historias Clínicas electrónicas para clínica El Chipe – Piura, 2021. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote [Internet]. el 16 de agosto de 2021 [citado el 26 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/23099>
15. Huapaya-Huertas O, Palomino-Rojas J, Calle-Teixeira C, Alvarez-Huiman G, Montesinos-Segura R, Taype-Rondan A, et al. Experiencia del Complejo Hospitalario San Pablo (Perú) en la implementación de un sistema de historias clínicas electrónicas. *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. octubre de 2021 [citado el 19 de marzo de 2024];82(4):349–54. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1025-55832021000400349&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832021000400349&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
16. Moquillaza-Alcantara VH. Barreras de la implementación del carnet de vacunación electrónico aplicado a niños de 0 a 6 meses de edad. 2021 [citado el 19 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9668>
17. Benis A, Tamburis O, Chronaki C, Moen A. One Digital Health: A Unified Framework for Future Health Ecosystems. *J Med Internet Res.* el 5 de febrero de 2021;23(2):e22189.
18. Treviño Montemayor R. Actualidad de la fenomenología en psicología. *Diversitas* [Internet]. diciembre de 2007 [citado el 11 de septiembre de 2024];3(2):249–61. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1794-99982007000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1794-99982007000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)
19. Morales C JT. Fenomenología y Hermenéutica como Epistemología de la Investigación. *Paradigma* [Internet]. diciembre de 2011 [citado el 11 de septiembre de 2024];32(2):007–22. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1011-22512011000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1011-22512011000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

20. Maturo G. Fenomenología y hermenéutica: desde la transmodernidad latinoamericana. *Utopía y Praxis Latinoamericana* [Internet]. junio de 2007 [citado el 11 de septiembre de 2024];12(37):35–50. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1315-52162007000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1315-52162007000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
21. Wu J, Yuan CT, Moyal-Smith R, Wick EC, Rosen MA. Electronic health record-supported implementation of an evidence-based pathway for perioperative surgical care. *J Am Med Inform Assoc.* el 16 de febrero de 2024;31(3):591–9.
22. Frimpong JA, Liu X, Liu L, Zhang R. Adoption of Electronic Health Record Among Substance Use Disorder Treatment Programs: Nationwide Cross-Sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research* [Internet]. el 14 de diciembre de 2023 [citado el 24 de julio de 2024];25(1):e45238. Disponible en: <https://www.jmir.org/2023/1/e45238>
23. Woldemariam MT, Jimma W. Adoption of electronic health record systems to enhance the quality of healthcare in low-income countries: a systematic review. *BMJ Health Care Inform.* junio de 2023;30(1):e100704.
24. Zharima C, Griffiths F, Goudge J. Exploring the barriers and facilitators to implementing electronic health records in a middle-income country: a qualitative study from South Africa. *Front Digit Health.* 2023;5:1207602.
25. Mullins A, O'Donnell R, Morris H, Ben-Meir M, Hatzikiriakidis K, Brichko L, et al. The effect of My Health Record use in the emergency department on clinician-assessed patient care: results from a survey. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. el 5 de julio de 2022 [citado el 24 de julio de 2024];22(1):178. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12911-022-01920-8>
26. Al-Otaibi J, Tolma E, Alali W, Alhuwail D, Aljunid SM. The Factors Contributing to Physicians' Current Use of and Satisfaction With Electronic Health Records in Kuwait's Public Health Care: Cross-sectional Questionnaire Study. *JMIR Med Inform* [Internet]. el 7 de octubre de 2022 [citado el 24 de julio de 2024];10(10):e36313. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9587489/>
27. Guna SD, Nita Y, Premono SJ. Barriers and opportunities of using electronic nursing record in Indonesia: Nurses' perspective. *ICIC Express Letters, Part B: Applications.* 2020;11(12):1159–64.
28. Shilpa DM, Naik PR, Shewade HD, Sudarshan H. Assessing the implementation of a mobile App-based electronic health record: A mixed-method study from South India. *J Educ Health Promot.* 2020;9:102.
29. Correa-Mellado JR. Factores que afectan la implementación de historia clínica electrónica entre las entidades de salud pública y privada: Revisión Sistemática de la Literatura. *Revista de investigación de Sistemas e Informática* [Internet]. el 30 de diciembre de 2023 [citado el 19 de marzo de 2024];16(2):103–8. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sistem/article/view/25956>

30. Ronquillo Y, Meyers A, Korvek SJ. Digital Health. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado el 2 de noviembre de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470260/>
31. Health C for D and R. What is Digital Health? FDA [Internet]. el 22 de septiembre de 2020 [citado el 4 de noviembre de 2024]; Disponible en: <https://www.fda.gov/medical-devices/digital-health-center-excellence/what-digital-health>
32. World Health Organization. Digital health [Internet]. [citado el 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/digital-health>
33. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025 [Internet]. World Health Organization; 2021 [citado el 4 de noviembre de 2024]. 60 p. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344249/9789240020924-eng.pdf?sequence=1>
34. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de información para la salud [Internet]. 2024 [citado el 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/sistemas-informacion-para-salud>
35. Canela-Soler J, Elvira-Martínez D, Labordena-Barceló MJ, Loyola-Elizondo E. Sistemas de Información en Salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora. Med Clin (Barc) [Internet]. el 1 de enero de 2009 [citado el 4 de noviembre de 2024];134:3–9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sistemas-informacion-salud-e-indicadores-S0025775310700026>
36. Chá Ghiglia MM. Historia clínica electrónica: herramienta para la continuidad de asistencia. Revista Médica del Uruguay [Internet]. septiembre de 2019 [citado el 4 de noviembre de 2024];35(3):107–23. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1688-03902019000300107&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-03902019000300107&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
37. Ambinder EP. Electronic Health Records. Journal of Oncology Practice [Internet]. julio de 2005 [citado el 4 de noviembre de 2024];1(2):57. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2793588/>
38. Centers for Medicare & Medicaid Services. Electronic Health Records [Internet]. [citado el 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cms.gov/priorities/key-initiatives/e-health/records>
39. CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research. The Consolidated Framework for Implementation Research [Internet]. 2024 [citado el 25 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://cfirguide.org/>
40. Presidencia del Consejo de Ministros. Sistema Nacional de Transformación Digital (SNTD) [Internet]. 2024 [citado el 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/27552-sistema-nacional-de-transformacion-digital-sntd>
41. Presidencia del Consejo de Ministros. Gobierno digital [Internet]. [citado el 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/gobiernodigital>

42. Presidencia del Consejo de Ministros. Política Nacional de Transformación Digital [Internet]. 2024 [citado el 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/44545-politica-nacional-de-transformacion-digital>
43. Presidencia del Consejo de Ministros. Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional de Transformación Digital al 2030 [Internet]. Decreto Supremo No 085-2023-PCM; 2023 [citado el 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4912522/Decreto%20Supremo%20N.%C2%B0085-2023-PCM.pdf?v=1690542137>
44. Ministerio de Salud del Perú. El sistema de información de historias clínicas electrónicas - SIHCE - e-Qhali para el primer nivel de atención [Internet]. Resolución Ministerial Nro. 1344-2018/MINSA; 2018 [citado el 13 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/263988/Resoluci%C3%83\\_n\\_Ministerial\\_N%C3%82\\_1344-2018-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/263988/Resoluci%C3%83_n_Ministerial_N%C3%82_1344-2018-MINSA.PDF)
45. Ministerio de Salud del Perú. Manuales del usuario. 2024 [citado el 11 de septiembre de 2024]. SIHCE: Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/sihce/manuales.asp>
46. Ministerio de Salud del Perú. Manual de SISGALENPLUS [Internet]. Sistema Integrado de Gestión para los Establecimientos de Salud; 2014 [citado el 5 de noviembre de 2024]. Disponible en: [https://www.lampadia.com/assets/uploads\\_documentos/cd37d-sistema-integrado-de-gestion-para-los-establecimientos-de-salud-siges.pdf](https://www.lampadia.com/assets/uploads_documentos/cd37d-sistema-integrado-de-gestion-para-los-establecimientos-de-salud-siges.pdf)
47. Seguro Social de Salud. Plataforma integral de solicitudes digitales del Estado peruano [Internet]. [citado el 5 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://facilita.gob.pe/t/1548>
48. Gobierno Regional de Cajamarca, Cooperación Alemana. Hacia la digitalización de la salud en Cajamarca [Internet]. Equipo de Transformación Digital en Salud; 2022 [citado el 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3927793/Hacia%20la%20Digitalizacio%CC%81nde%20la%20Salud%20en%20Cajamarca.pdf>
49. Congreso de la República (Perú). Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas [Internet]. Ley Nro. 30024; 2013. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/269432/240527\\_Ley30024.pdf20190110-18386-1pq5p0z.pdf?v=1547156720](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/269432/240527_Ley30024.pdf20190110-18386-1pq5p0z.pdf?v=1547156720)
50. Presidencia de la República. Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gobierno Digital [Internet]. Decreto Legislativo Nro. 1412; 2018 [citado el 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://gobiernodigital.pe/ckfinder/userfiles/files/decreto-legislativo-que-aprueba-la-ley-de-gobierno-digital-decreto-legislativo-n-1412-1691026-1.pdf>
51. Presidencia de la República. Decreto de urgencia que crea el Sistema Nacional de Transformación Digital [Internet]. Decreto de Urgencia Nro. 006-2020; 2020 [citado el 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1671822/Decreto%20Urgencia%20N.%C2%B0006-2020.pdf.pdf?v=1613166781>

52. Seguro Social de Salud, Ministerio de Salud del Perú. Convenio de colaboración interinstitucional entre el Ministerio de Salud (MINSA) y el Seguro Social de Salud (EsSalud) para el fortalecimiento de la historia clínica electrónica en el sector salud [Internet]. Convenio Nro. 002-2022/MINSA; 2022 [citado el 5 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2796046/Convenio%20002-2022.pdf.pdf>
53. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial 356-2022/MINSA [Internet]. El Peruano; 2022 [citado el 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3112444/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20%20N%C2%B0%20356-2022-MINSA%20.pdf?v=1652967351>
54. Feters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving Integration in Mixed Methods Designs—Principles and Practices. Health Serv Res [Internet]. diciembre de 2013 [citado el 19 de septiembre de 2024];48(6 Pt 2):2134–56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4097839/>
55. Grosseohme DH. Research Methodology Overview of Qualitative Research. Journal of health care chaplaincy [Internet]. 2014 [citado el 8 de noviembre de 2024];20(3):109. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4609437/>
56. Aggarwal R, Ranganathan P. Study designs: Part 2 – Descriptive studies. Perspectives in Clinical Research [Internet]. marzo de 2019 [citado el 9 de noviembre de 2024];10(1):34. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6371702/>
57. Glaser B, Strauss A. Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New York: Routledge; 2017. 282 p.
58. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. Eur J Gen Pract [Internet]. el 4 de diciembre de 2017 [citado el 19 de septiembre de 2024];24(1):9–18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5774281/>
59. Piza Burgos ND, Amaiquema Márquez FA, Beltrán Baquerizo GE, Piza Burgos ND, Amaiquema Márquez FA, Beltrán Baquerizo GE. Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. Conrado [Internet]. octubre de 2019 [citado el 20 de septiembre de 2024];15(70):455–9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1990-86442019000500455&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1990-86442019000500455&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
60. Jamshed S. Qualitative research method-interviewing and observation. J Basic Clin Pharm [Internet]. septiembre de 2014 [citado el 20 de septiembre de 2024];5(4):87–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4194943/>
61. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Science [Internet]. el 7 de agosto de 2009 [citado el 26 de septiembre de 2024];4(1):50. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

62. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Sci* [Internet]. el 29 de octubre de 2022 [citado el 25 de septiembre de 2024];17(1):75. Disponible en: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-022-01245-0>
63. Robinson CH, Damschroder LJ. A pragmatic context assessment tool (pCAT): using a Think Aloud method to develop an assessment of contextual barriers to change. *Implementation Science Communications* [Internet]. el 11 de enero de 2023 [citado el 25 de septiembre de 2024];4(1):3. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00380-5>
64. Fernandez ME, et al. Developing measures to assess constructs from the Inner Setting domain of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*. 2018; 52(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0736-7>
65. Kegler M, et al. Measuring Constructs of the Consolidated Framework for Implementation Research in the Context of Increasing Colorectal Cancer Screening in Federally Qualified Health Center. *Health Serv Res*. 2018; 53(6): 4178-4203. DOI: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13035>
66. Walker T, Rodríguez S, Vernon S, Savas L, Frost E, Fernández M. Validity and reliability of measures to assess constructs from the inner setting domain of the consolidated framework for implementation research in a pediatric clinic network implementing HPV programs. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19(1): 205. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4021-5>
67. Seguro Social de Salud. Directiva para el acceso, registro y uso de la información de las prestaciones de salud en el sistema informático “Servicio de Salud Inteligente - EsSI” del Seguro Social de Salud - EsSalud [Internet]. EsSalud; 2023 [citado el 24 de septiembre de 2024]. Disponible en: [https://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/RGG\\_1339\\_ESSALUD\\_2023.pdf](https://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/RGG_1339_ESSALUD_2023.pdf)
68. Ministerio de Salud del Perú. Oficina General de Administración. [citado el 24 de septiembre de 2024]. Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicaciones. Disponible en: <https://www.minam.gob.pe/oficina-general-de-administracion/oficina-de-tecnologias-de-la-informacion-y-comunicaciones/>

## **ANEXOS**

**Anexo 01.** Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Variables	Diseño
¿Cuáles son las barreras y oportunidades para la implementación de la historia clínica electrónica según gestores de los establecimientos de salud públicos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro durante el 2025?	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar las barreras y oportunidades para la implementación de la historia clínica electrónica según gestores de algunos establecimientos de salud públicos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro durante el 2025.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar las barreras y oportunidades potenciales para la implementación de la historia clínica en establecimientos de salud públicos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro que no han iniciado el proceso de implementación.</li> <li>• Explorar las barreras y oportunidades para la implementación de la historia clínica en establecimientos de salud públicos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro que cuentan con el sistema implementado.</li> </ul>	<p><b>Variables:</b> Barreras y oportunidades</p> <p><b>Dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dominio de la innovación</li> <li>• Dominio del entorno externo</li> <li>• Dominio del entorno interno</li> <li>• Dominio de los individuos</li> <li>• Dominio del proceso de implementación</li> </ul>	<p><b>Enfoque:</b> Mixto, secuencial exploratorio</p> <p><b>Diseño:</b> Cualitativo: Fenomenológico;</p> <p><b>Escenarios:</b> Escenario 1: Establecimientos sin historia clínica electrónica implementada Escenario 2: Establecimientos con historia clínica electrónica implementada</p> <p><b>Sujetos de estudio:</b> Gestores de establecimientos de salud públicos</p>



## Anexo 02. Información para el participante y formulario de consentimiento informado

1 de 4

### INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del protocolo:** Barreras y oportunidades para la implementación de la historia clínica electrónica según gestores de algunos establecimientos de salud públicos del Perú, 2025

**Institución:** Universidad Nacional Mayor de San Marcos

**Investigadores:** Victor Hugo Moquillaza Alcantara (investigador principal), Javier Roger Raúl Vargas Herrera (asesor) y Sarah Jo Hannah Iribarren (coasesora)

---

Se le invita a participar de un estudio que no implica ninguna intervención. La participación en una investigación es voluntaria. Para que usted pueda tomar una decisión debe comprender el estudio, por lo cual se le explicará sobre su participación, el propósito del estudio, los beneficios y potenciales daños. Este proceso se conoce como "consentimiento informado".

Este formulario proporciona una descripción breve del estudio. Puede hacerme preguntas acerca del estudio. Además, le haremos algunas preguntas para ver si hemos explicado todo claramente. Si ve necesario, puede llevarse una copia de este documento sin firmar a su casa y tomarse el tiempo para pensarlo.

Si decide participar en este estudio, le pediremos que firme 2 ejemplares de este formulario. Un ejemplar se le entregará como constancia y otro lo conservará el investigador principal.

Podrá retirarse del estudio cuando lo desee, sin obligación de ofrecer explicación alguna.

#### ¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito del estudio es determinar las barreras y oportunidades para la implementación de la historia clínica electrónica según gestores de algunos establecimientos de salud públicos del Perú durante el 2025. Actualmente el gobierno peruano está haciendo esfuerzos para implementar la historia clínica electrónica a nivel nacional, sin embargo es importante identificar las percepciones de los actores involucrados sobre el proceso a fin de obtener resultados que permitan un proceso de implementación más acelerado.

Si usted acepta ser parte del estudio, solo tendremos la entrevista el día de hoy, a menos que usted prefiera dividir la entrevista en sesiones.

#### ¿Qué sucederá durante el estudio?

Si desea participar en el estudio y cumple con los criterios de selección, se realizará una entrevista con preguntas abiertas (sin alternativas) donde abordaremos diversas características del proceso de implementación de la historia clínica electrónica. En este proceso se grabará la conversación, aunque usted podrá solicitar que se pause en los momentos que vea conveniente. La duración de la entrevista es variable y se estima que tome entre 60 a 120 minutos; así mismo, si el tiempo se extiende más allá de su disposición, es posible dividir la entrevista en dos sesiones.

Es importante considerar que existe la posibilidad de que usted no sea elegible de ser parte del estudio, incluso si usted desea participar.

### ¿Qué ocurrirá con la información obtenida?

El consentimiento informado, las grabaciones en audio y los cuestionarios serán resguardados por el investigador principal (Mg. Víctor Moquillaza). Adicionalmente, a esta información solo tendrá acceso el equipo de trabajo conformado por el asesor del estudio (Dr. Javier Vargas) y coasesora del estudio (Dra. Sarah Iribarren). De requerirse que otra persona acceda a la información obtenida se le informará y se le solicitará autorización.

Los datos obtenidos serán destruidos 10 años después de culminado el estudio.

### ¿Cuáles son los riesgos y beneficios?

**Riesgos:** Es posible que sienta temor o preocupación por cierta información que pueda brindar debido a que podría comprometer su rol como gestor del establecimiento de salud. Ante ello, toda grabación y cuestionario no presentará datos identificables, a fin de que cualquier comentario no pueda ser atribuido a una persona en particular. Adicionalmente, usted tendrá la libertad de pausar. Adicionalmente, este consentimiento informado garantiza un compromiso de que ninguna persona externa a la investigación podrá acceder a los audios sin que usted previamente hubiera dado alguna autorización. Si usted lo desea, podemos informarle en cualquier momento acerca de cómo se viene protegiendo su información personal.

**Beneficios:** Es posible que el estudio no lo beneficie directamente. Esta investigación ayudará a identificar barreras y oportunidades en el proceso de implementación nacional de la historia clínica electrónica, por lo cual, los gestores obtendrán mejoras en los procesos de gestión en la medida que los resultados tengan un impacto político y/o administrativo.

### ¿Se le pagará o tendrá que pagar?

Usted no tiene que pagar nada para participar en este estudio. Se le brindarán todos los materiales para el desarrollo del mismo.

No se ha estimado alguna retribución económica para quienes participen en las entrevistas.

### ¿Puede abandonar el estudio en cualquier momento?

Tiene la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento y por cualquier motivo. Su retiro o la destrucción de los datos obtenidos serán documentados por escrito, para proteger la calidad del estudio.

### ¿Cómo se protegerá su información privada?

El presente formato de consentimiento informado será el único documento que contemple su nombre y apellidos, el cual será resguardado solo por el investigador principal. Las entrevistas y el cuestionario (si amerita) no presentarán datos identificables para garantizar su privacidad.

El equipo del estudio hará todo lo posible para preservar la confidencialidad de los datos, de conformidad con las disposiciones de la Ley de Protección de Datos Personales del Perú.

Los resultados de este estudio serán disponibles como informe final de tesis en el repositorio de la universidad y es posible que luego se publiquen en un artículo, sin embargo en ellos no se utilizará su nombre ni se lo identificará personalmente en ninguna publicación.

Las bases de datos generadas con su información utilizarán una identidad anonimizada, para que de este modo ya no pueda ser identificado. Usted tiene el derecho a solicitar el acceso o eliminación de su información.

**¿Con quién debe comunicarse para obtener más información?**

Si tiene alguna duda puede comunicarse en cualquier momento con los siguientes contactos:

Mg. Víctor Hugo Moquillaza Alcántara; correo electrónico: [12010360@unmsm.edu.pe](mailto:12010360@unmsm.edu.pe)

Si tiene preguntas sobre sus derechos como participante o sobre la ética del estudio, puede contactarse con:

Comité Institucional en Investigación del Instituto de Medicina Tropical "Daniel Alcides Carrión" de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; presidente: Dr. Arturo Rodríguez Flores; correo electrónico: [ciei.imtdac.medicina@unmsm.edu.pe](mailto:ciei.imtdac.medicina@unmsm.edu.pe)

El comité de ética está integrado por un grupo de personas de ámbitos científicos y no científicos que realizan una revisión inicial y permanente del estudio de investigación para mantener la seguridad y proteger los derechos de los participantes.

Gracias por tomarse el tiempo para considerar participar en este estudio.

**Página de firmas****Formulario de consentimiento informado**

Este formulario de consentimiento contiene información importante. Le ayudará a decidir si desea participar en este estudio. Si tuviera preguntas, hágalas antes de firmar este formulario.

- He leído la información incluida en este documento.
- Se me ha informado los objetivos de este estudio, los procedimientos, riesgos beneficios y mis derechos.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, y todas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Considero que comprendo en su totalidad toda la información que se proporciona respecto a este estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando lo desee, sin dar alguna explicación.
- Comprendo que recibiré un original de este documento de consentimiento informado firmado.
- Comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento del estudio.
- En función de esta información, acepto participar de este estudio.

**Participante:**

(El participante debe firmar y escribir su nombre de puño y letra)

\_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos del participante (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del participante                      Fecha                      Hora

**Persona que obtiene el consentimiento (investigador principal):**

(La persona debe firmar y escribir su nombre de puño y letra)

\_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos del investigador (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador                      Fecha                      Hora

### **Anexo 03. Guías de entrevista**

*El presente documento será completado y utilizado solo por el investigador principal al momento de realizar las entrevistas*

---

**1. ID del registro:**

\_\_\_\_\_

**2. Sistema de salud:**

(a) Ministerio de Salud (MINSA)

(b) Seguro Social de Salud (EsSalud)

**3. Región del Perú:**

\_\_\_\_\_

**4. Nombre del establecimiento de salud:**

\_\_\_\_\_ (No aplica si es Escenario 1)

**5. Grupo de entrevista**

- a. Escenario 1: a) Gestores de establecimientos que no cuentan con historia clínica electrónica y b) Gestores de establecimientos que están en proceso de implementar la historia clínica electrónica
- b. Escenario 2: Gestores de establecimientos que cuentan con historia clínica electrónica implementada

Según la respuesta de la pregunta 5, seleccionar la guía de entrevista correspondiente.

Hora inicio: \_\_\_\_\_

Hora fin: \_\_\_\_\_

## Guía de entrevista para gestores de establecimientos que no cuentan con historia clínica electrónica (Escenario 1)

ID del registro: \_\_\_\_\_

	Constructo	Preguntas de la entrevista de evaluación prospectiva
<b>Dominio de la innovación</b>		
1	Base empírica en innovación	¿Hasta qué punto es clara la evidencia de que la historia clínica electrónica será efectiva en el establecimiento de salud? ¿Qué fuentes de evidencia presenta? ¿Qué tipo de pruebas faltan?
2	Ventaja relativa de la innovación	¿Cómo se compara la historia clínica electrónica con la práctica actual? ¿Existen otras alternativas?
3	Ensayabilidad de la innovación	¿Hasta qué punto sería posible deshacer el uso de la historia clínica electrónica?
4	Complejidad de la innovación	¿Qué tan compleja es la historia clínica electrónica?
5	Diseño de la innovación	¿Qué tan bien está diseñada la historia clínica electrónica? incluida la apariencia y la sensación
6	Costo de la innovación	¿Qué tan asequibles son los costos de compra y operación de la historia clínica electrónica?
<b>Dominio del entorno externo</b>		
9	Incidentes críticos	¿Hay algún evento reciente imprevisto en su establecimiento que pueda influir en la implementación de la historia clínica electrónica? En caso afirmativo, ¿cómo podría influir este evento en la implementación?
10	Actitudes locales	¿Qué nivel de apoyo se necesita en el establecimiento de salud para implementar la historia clínica electrónica? ¿Qué tipo de actitudes tienen las autoridades [entorno externo] hacia los establecimientos de salud? ¿De qué manera estas actitudes alientan o desalientan al establecimiento de salud a apoyar la implementación de la historia clínica electrónica?
11	Condiciones locales	¿Cuáles son las condiciones económicas, ambientales, políticas y/o tecnológicas del establecimiento de salud? ¿De qué manera estas condiciones permiten o impiden que el establecimiento de salud apoye en la implementación de la historia clínica electrónica?
12	Políticas y leyes	¿qué tipo de legislación, reglamentos, directrices/recomendaciones de grupos profesionales o normas de acreditación podrían ayudar u obstaculizar la implementación de la historia clínica electrónica?
13	Financiación	¿Qué tipos de financiación se necesitan desde fuera del establecimiento de salud para implementar la historia clínica electrónica? ¿En qué medida se dispone de esta financiación?
14	Presión externa	¿Qué tipo de presiones externas al establecimiento de salud pueden influir en la implementación de la historia clínica electrónica?
<b>Dominio del entorno interno</b>		
<b>Constructos independientes a la implementación</b>		
19	Características estructurales	Sírvase a describir cómo la infraestructura del establecimiento de salud puede interactuar con la historia clínica electrónica, apoyarla o impedirla.
20	Conexiones relacionales	¿Cómo es su relación de trabajo con los colegas con los que trabaja estrechamente en el establecimiento de salud? ¿Y con los colegas que interactúan en otras áreas del establecimiento de salud? ¿Hasta qué punto las personas trabajan en equipo?
21	Cultura	¿Cómo describirías la cultura del establecimiento de salud?
<b>Constructos específicos para la implementación</b>		
22	Tensión por el cambio	¿Hasta qué punto es necesaria la historia clínica electrónica en el establecimiento de salud?
23	Compatibilidad	¿Cómo se integra la historia clínica electrónica en los procesos de trabajo existentes?

		<p>¿Hasta qué punto encaja la historia clínica electrónica en los procesos de trabajo existentes?</p> <p>¿Qué componentes o procesos de la historia clínica electrónica deben cambiarse para que encajen con los procesos de trabajo del establecimiento de salud existentes?</p> <p>¿Qué procesos de trabajo del establecimiento de salud deben cambiarse para adaptarse a la historia clínica electrónica?</p>
24	Prioridad relativa	¿Cuál es la prioridad de implementar la historia clínica electrónica en comparación con otras iniciativas?
25	Recursos disponibles	¿En qué medida se dispone de los recursos necesarios para la implementación de la historia clínica electrónica?
<b>Dominio de las personas</b>		
<b>Subdominio de roles</b>		
26	Líderes de alto nivel	<p>¿Quiénes son los líderes de alto nivel?</p> <p>¿Cuál es el papel de los líderes de alto nivel?</p>
27	Líderes de medio nivel	<p>¿Quiénes son los líderes de nivel medio?</p> <p>¿Cuál es el papel de los líderes de nivel medio?</p>
28	Líderes de implementación	<p>¿Quiénes son los líderes de la implementación? (personas que lideran los esfuerzos para implementar)</p> <p>¿Cuál es el papel de los líderes de implementación?</p>
<b>Subdominio de características</b>		
29	Necesidad	¿Hasta qué punto tiene necesidades que podrían satisfacerse mediante la implementación de la historia clínica electrónica?
30	Capacidad	¿Hasta qué punto tiene competencia, conocimientos y habilidades interpersonales para cumplir con la implementación?
31	Oportunidades	¿Hasta qué punto tiene disponibilidad, alcance y poder para cumplir con la implementación?
<b>Dominio del proceso de implementación</b>		
32	Trabajo en equipo	<p>¿En qué medida (y cómo) se está formando un equipo de implementación?</p> <p>¿Hasta qué punto el equipo se coordina y colabora intencionalmente para realizar las tareas?</p>
33	Evaluación del contexto	¿En qué medida (y cómo) se evalúan las barreras y los facilitadores para la implementación?
34	Planificación	<p>¿En qué medida (y cómo) se está desarrollando un plan de implementación?</p> <p>¿Qué incluye el plan?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿En qué medida se están identificando roles y responsabilidades?</li> <li>- ¿Hasta qué punto se esbozan pasos e hitos específicos?</li> <li>- ¿En qué medida se están estableciendo los objetivos de implementación?</li> </ul>
35	Participación	¿Hasta qué punto (y cómo) se están utilizando las estrategias para involucrar a personas clave en la implementación de la historia clínica electrónica?
36	Reflexión y evaluación	<p>¿En qué medida (y cómo) se está evaluando el éxito de la implementación?</p> <p>¿Qué información o datos se recopilan?</p> <p>¿Quién lo está revisando y discutiendo?</p> <p>¿Cuándo o con qué frecuencia?</p>

## Guía de entrevista para gestores de establecimientos que cuentan con historia clínica electrónica implementada (Escenario 2)

ID del registro: \_\_\_\_\_

	Constructo	Preguntas de la entrevista de evaluación prospectiva
<b>Dominio de la innovación</b>		
2	Base empírica en innovación	Pensando en la época anterior a la implementación, ¿Qué tan clara era la evidencia de que la historia clínica electrónica sería efectiva en el establecimiento de salud? ¿Cuáles fueron sus fuentes de evidencia presenta? ¿Qué tipo de pruebas faltaban?
3	Ventaja relativa de la innovación	Pensando en la época anterior a la implementación, ¿Cómo se comparaba la historia clínica electrónica con la práctica de ese entonces? ¿Existían otras alternativas en ese momento?
5	Ensayabilidad de la innovación	¿Qué tan comprobable es la historia clínica electrónica? ¿Hasta qué punto sería posible deshacer el uso de la historia clínica electrónica?
6	Complejidad de la innovación	¿Qué tan compleja es la historia clínica electrónica?
7	Diseño de la innovación	¿Qué tan bien está diseñada la historia clínica electrónica? incluida la apariencia y la sensación
8	Costo de la innovación	¿Qué tan asequibles fueron los costos de compra y operación de la historia clínica electrónica?
<b>Dominio del entorno externo</b>		
9	Incidentes críticos	¿Hubo algún evento reciente imprevisto en su establecimiento que influyó en la implementación de la historia clínica electrónica? En caso afirmativo, ¿cómo influyó este evento en la implementación?
10	Actitudes locales	¿Qué nivel de apoyo se necesitó en el establecimiento de salud para implementar la historia clínica electrónica? ¿Qué tipo de actitudes tienen las autoridades [entorno externo] hacia los establecimientos de salud? ¿De qué manera estas actitudes alentaron o desalentaron al establecimiento de salud a apoyar la implementación de la historia clínica electrónica?
11	Condiciones locales	¿Cuáles eran las condiciones económicas, ambientales, políticas y/o tecnológicas del establecimiento de salud? ¿De qué manera estas condiciones permitieron u obstaculizaron que el establecimiento de salud apoyara en la implementación de la historia clínica electrónica?
13	Políticas y leyes	¿qué tipo de legislación, reglamentos, directrices/recomendaciones de grupos profesionales o normas de acreditación ayudaron u obstaculizaron la implementación de la historia clínica electrónica?
14	Financiación	¿Qué tipos de financiación se necesitaban de fuera del establecimiento de salud para implementar la historia clínica electrónica? ¿En qué medida se disponía de esta financiación?
15	Presión externa	¿Qué tipo de presiones externas al establecimiento de salud pueden influyeron en la implementación de la historia clínica electrónica?
<b>Dominio del entorno interno</b>		
<b>Constructos independientes a la implementación</b>		
19	Características estructurales	Sírvase a describir cómo la infraestructura del establecimiento de salud interactuó con la implementación de la historia clínica electrónica, la apoyó o la impidió
23	Conexiones relacionales	¿Cómo es su relación de trabajo con los colegas con los que trabaja estrechamente en el establecimiento de salud? ¿Y con los colegas que interactúa en otras áreas del establecimiento de salud? ¿Hasta qué punto las personas trabajan en equipo?
25	Cultura	¿Cómo describirías la cultura del establecimiento de salud?
<b>Constructos específicos para la implementación</b>		



30	Tensión por el cambio	¿Hasta qué punto era necesaria la historia clínica electrónica en el establecimiento de salud?
31	Compatibilidad	¿Cómo se integró la historia clínica electrónica en los procesos de trabajo existentes? ¿Hasta qué punto encajó la historia clínica electrónica en los procesos de trabajo existentes? ¿Qué componentes o procesos de la historia clínica electrónica necesitaban ser cambiados para que encajen con los procesos de trabajo del establecimiento de salud existentes? ¿Qué procesos de trabajo del establecimiento de salud necesitaban ser cambiados para adaptarse a la historia clínica electrónica?
32	Prioridad relativa	¿Cuál fue la prioridad de implementar la historia clínica electrónica en comparación con otras iniciativas?
35	Recursos disponibles	¿En qué medida se dispone de los recursos necesarios para la implementación de la historia clínica electrónica?
<b>Dominio de las personas</b>		
<b>Subdominio de roles</b>		
40	Líderes de alto nivel	¿Quiénes eran los líderes de alto nivel? ¿Cuál era el papel de los líderes de alto nivel?
41	Líderes de medio nivel	¿Quiénes eran los líderes de nivel medio? ¿Cuál era el papel de los líderes de nivel medio?
44	Líderes de implementación	¿Quiénes eran los líderes de la implementación? (personas que lideran los esfuerzos para implementar) ¿Cuál era el papel de los líderes de implementación?
<b>Subdominio de características</b>		
49	Necesidad	Pensando en la época anterior a la implementación ¿Hasta qué punto tenía necesidades que podrían satisfacerse mediante la implementación de la historia clínica electrónica?
50	Capacidad	¿Hasta qué punto tenía competencia, conocimientos y habilidades interpersonales para cumplir con la implementación?
51	Oportunidades	¿Hasta qué punto tenía disponibilidad, alcance y poder para cumplir con la implementación?
<b>Dominio del proceso de implementación</b>		
53	Trabajo en equipo	¿Hasta qué punto (y cómo) se formó un equipo de implementación? ¿Hasta qué punto el equipo se coordinó y colaboró intencionalmente para realizar las tareas?
54	Evaluación de las necesidades	¿En qué medida (y cómo) se llevó a cabo una evaluación de las necesidades?
58	Planificación	¿En qué medida (y cómo) se desarrolló un plan de implementación? ¿Qué incluía el plan? - ¿En qué medida se determinaron las funciones y responsabilidades? - ¿En qué medida se esbozaron pasos e hitos específicos? - ¿En qué medida se fijaron los objetivos de implementación?
60	Participación	¿En qué medida (y cómo) se utilizaron estrategias para involucrar a personas clave en la implementación de la historia clínica electrónica?
64	Reflexión y evaluación	¿En qué medida (y cómo) se evaluó el éxito de la implementación? ¿Qué información o datos se recopilaron? ¿Quién lo revisó y discutió?

**Anexo 04.** Establecimientos de salud a considerar para recolectar datos hasta alcanzar la saturación de información

RIS	DISTRITO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DIRECCION
RIS 5	SJL	C.S. CHACARRILLA DE OTERO	Jr. Antonio Encinas 155 (Chacarrilla )
RIS 5	SJL	C.S. CAJA DE AGUA	Jr. Moquegua N° 202 Urb. Caja de Agua
RIS 5	SJL	C.S. ZARATE	Jr. Los Chasquis 1084 .Urb Zarate Ref : Cuadra 11 de Av. Chimu
RIS 5	SJL	C.S. CAMPOY	Av. Principal Mz 6 lte 2 (Paradero 8)
RIS 5	SJL	C.S. SAN FERNANDO	Las Ortigas 1893 San Hilarión Ref. Paradero 13 Las Flores
RIS 5	SJL	C.S. LA LIBERTAD	Las Marganitas 1545 Inca Manco Capac (por Metro)
RIS 5	SJL	C.S. LA HUAYRONA	Calle las Gemas s/n La Huayrona Refer: Comisaría
RIS 6	SJL	C.S. GANIMEDES	Av. El Sol s/n Mz. J
RIS 7	SJL	C.S. JAIME ZUBIETA	Mz A 11 prd 15 Av. Wiese Jr. Cocharcas
RIS 7	SJL	C.S. JOSE C. MARIATEGUI	Av. José Carlos Mariátegui s/n Pdo. 8 Mz 88 s/n
RIS 7	SJL	C.S. CRUZ DE MOTUPE	AAHH Cruz de Motupe III- V
RIS 5	SJL	C.S. MANGOMARCA	Av. Santuario Cdra 23 – Mangomarca
RIS 6	SJL	C.S. SAN HILARIÓN	Calle Los Silicios s/n Ref .Prd 17 Av.Flores de Primavera
RIS 5	SJL	C.S. SANTA ROSA DE LIMA	Av. Lima Mz C Lt. 2 Paradero Av Las Flores
RIS 5	SJL	C.S. SANTA FE DE TOTORITA	Jr. La Cantuta s/n
RIS 6	SJL	C.S. HUASCAR II	Grupo II Mz. 23 Lt. 101,107,108 Referencia Av. San Martín
RIS 6	SJL	C.S. HUASCAR XV	Av. Río Grande Mz 129 Calle 57 Grupo 15 Alt. cdra 9 Av. José Carlos Mariátegui – Huáscar
RIS 6	SJL	C.S. BAYOVAR	Psj. Bayobar Segunda Etapa
RIS 7	SJL	C.S. SANTA MARIA	Av. HEROES DEL CENEP A OESTE S/N MZ. D2 LT. PM – AA.HH. Santa María S.J.L.
RIS 7	SJL	C.S. ENRIQUE MONTENEGRO	Sector 1s/n espalda de la I.E: Néstor Escudero O.
RIS 7	SJL	C.S. 10 DE OCTUBRE	AA.HH. Av. 10 de Octubre s/n frente Mz F4 s/n
RIS 7	SJL	C.S. SU SANTIDAD JUAN PABLO II	Esq. Jr. El Paso y Jr. El Paralelo s/n- AA.HH. Juan Pablo II.
RIS 1	Cercado de Lima	C.S. MIRONES	Av. Luis Braylle cdra 13 s/n (Lima)
RIS 1	Cercado de Lima	C.S. MIRONES BAJO	Jr. Bruno Terreros N° 144, cercado de Lima
RIS 1	Cercado de Lima	C.S. UNIDAD VECINAL NRO 3	Av. Oscar R. Benavides (Ex. Av. Colonial) S/N Centro Civico UVN° 3 (Lima)
RIS 1	Cercado de Lima	C.S. VILLA MARIA PERPETUO SOCORRO	Jr. Villa Maria 745 AH Villa María (Lima)
RIS 1	Cercado de Lima	C.S. CONDE DE LA VEGA	Jr. Conde de la Vega Baja 488 (Lima)
RIS 2	Breña	C.S. BREÑA	Jr. Napo 1445 (Lima)
RIS 1	Cercado de Lima	C.S. SAN SEBASTIAN	Jr. Ica 774, cercado de Lima (Lima)
RIS 2	Breña	C.S. CHACRA COLORADA	Jr. Carhuaz N° 509 (Lima)
RIS 1	Cercado de Lima	C.S. JUAN PEREZ CARRANZA	Jr. Cuzco 915 (Lima)
RIS 4	La victoria	C.S.M.I EL PORVENIR	Jr. Sebastian Barranca N° 977 (La Victoria)
RIS 4	La victoria	C.S. MAX ARIAS SCHREIBER	Jr. Antonio Raymondi 220 (La Victoria)
RIS 4	San Luis	C.S. SAN LUIS	Calle Raul Villarán 332 (San Luis)

RIS 3	Surquillo	C.S.M.I SURQUILLO	Jr. Colina 840 (Surquillo)
-	Cercado de Lima	C.S. RAUL PATRUCCO PUIG	Jr. Huanta N° 927 (Lima)
-	Cercado de Lima	C.S. CONTROL DE ZOONOSIS	Jr. Austria 1300 – Chacra Rios Norte (Lima)
RIS 4	La victoria	C.S. EL PINO	Av. Floral 744 (La Victoria)
RIS 4	La victoria	C.S. SAN COSME	Av. Bausate y Meza 2300 (La Victoria)
RIS 3	Lince	C.S. LINCE	Jr. Manuel Candamo 495 (Lince)
RIS 3	Surquillo	C.S. SAN ATANACIO DEL PEDREGAL	Av. Aviación y Villarán (Surquillo)
RIS 3	Surquillo	C.S. VILLA VICTORIA PORVENIR	Jr. Luther King s/n (Surquillo)
RIS 4	San Borja	C.S. TODOS LOS SANTOS SAN BORJA	Bosovich Shubert (San Borja)
RIS 3	San Isidro	C.S. SAN ISIDRO	Av. Del Ejército 1756 (San Isidro)
RIS 3	Miraflores	C.S. MIRAFLORES	Av. Pardo 796 (Miraflores)
RIS 2	Magdalena	C.S.M.I MAGDALENA	Jr. Junín 322 (Magdalena)
RIS 2	Jesús María	C.S. JESUS MARIA	Av. Arnaldo Márquez 1750 (Jesús María)
RIS 2	San Miguel	C.S. SAN MIGUEL	Av. Libertad y los Mochicas S/N (San Miguel)
RIS 1	Cercado de Lima	P.S. SANTA ROSA	Crespo Castillo Cdra. 13 (Lima)
RIS 2	San Miguel	C.S. HUACA PANDO	Urb. Pando Calle los Sauces Mz B Lote 21 (San Miguel)
RIS 4	San Borja	P.S. SAN JUAN MASÍAS	Jr. De la Historia s/n entre Aviación y Canadá
RIS 1	Cercado de Lima	P.S. RESCATE	Esq. J.C Mariategui y Pratt s/n (Lima)
RIS 1	Cercado de Lima	P.S. PALERMO	Av. Materiales Cdra. 1920 (Lima)
RIS 5	SJL	C.S. DANIEL A. CARRIÓN	Jr. Alfonso Ugarte cuadra 3 S/N Coop. Daniel A. Carrión, Campoy – Altura Mercado Niños de Jesús
RIS 5	SJL	P.S. AZCARRUNZ ALTO	Av. Lurigancho (cuadra 10) AA HH Azcarrunz Alto
RIS 5	SJL	P.S. 15 DE ENERO	Av. 15 de Enero Mz. E Pdp. 9 Av. Canto Grande
RIS 6	SJL	C.S. MEDALLA MILAGROSA	Av. Del Parque s/n
RIS 6	SJL	P.S. AYACUCHO	Av. Ayacucho s/n pdr. 19 Av. Canto Grande
RIS 6	SJL	P.S. PROYECTOS ESPECIALES	Av. Bayobar s/n pdr 17 Mercado la Unión
RIS 6	SJL	P.S. SAGRADA FAMILIA	Mz. A-B de Sagrada Familia, costado del parque
RIS 7	SJL	P.S. TUPAC AMARU II	Av. Javier Pérez de Cuellar s/n AA.HH. Tupac Amaru
RIS 7	SJL	P.S. JOSE C. MARIATEGUI V ETAPA	Ampliación V etapa Mz X1 Lt. 1 José Carlos Mariátegu
RIS 7	SJL	P.S. MARISCAL CACERES	Mz. N8 Lt. 4 Urb. Mariscal Cáceres ( alt. Pdo. 5 Av. El Muro)
RIS 7	SJL	P.S. CESAR VALLEJO	Mz. P Lt. 2 AA.HH. César Vallejo
-	La Victoria	P.S. Cerro El PINO	Cerro El Pino- Sector12 S/N – La Victoria
-	Lima	P.S. JARDIN ROSA DE SANTA MARÍA	Jr. Ancash 1529 – Lima
RIS 5	SJL	CSMC JAVIER MARIÁTEGUI CHIAPPE (EX-ZARATE)	Lurigancho cuadra 09 s/n altura de las Malvinas, a espaldas de la posta Azcarrunz San Juan de Lurigancho
RIS 6	SJL	CSMC NUEVO PERÚ	Pueblo joven mz e lote 01 cerca al CS. Santa Rosa
RIS 6	SJL	CSMC JAIME ZUBIETA	Av. El periodista 279 Mz 1 lote 3 Urb. Canto Sol SJL
RIS2	Pueblo Libre	CSMC HONORIO DELGADO	Jr. Jj Pazos N° 394 Pueblo Libre. Frente a la Universidad Antonio Ruiz de Montoya
RIS 4	La Victoria	CSMC LA VICTORIA	Jr. Antonio Bazo S/N parque Indoamerica – a una cuadra de Av. Mexico con la entrada de Gamarra.
RIS 4	San Borja	CSMC SAN BORJA	Av. Malachowsky 520, San Borja 15036

RIS 1	Lima	CSMC SAN MARCOS	Av. Universitaria /Calle Germán Amézaga 375
RIS 4	La Victoria	CSMC SAN COSME	Polideportivo San Cosme / Av Bausate y Meza 2651 La Victoria
RIS 1	Cercado de Lima	CSMC KUYANAKUSUN	Av. Belisario
-	Cercado de Lima	Centro de Alimentación Nutricional N°1	Jr. Cusco 1097 Lima
-	La Victoria	Centro de Alimentación Nutricional N°3	Jr. Huascan 512
-	San Borja	BOTICA MUNICIPAL FARMAMINSA SAN BORJA	Calle Alfa N° 145 Ur. Juan XXII, distrito de san Borja
-	La Victoria	FARMADIRIS LA VICTORIA	Av. Manco Capac 862-La Victoria
-	San Isidro	Centro Vacunatorio Internacional	Av. Augusto Pérez Aranibar 1756, San Isidro
RIS 3	San Isidro	CSMC. SAN ISIDRO	Calle Paul Harris N° 205, Distrito San Isidro
RIS 3	SURQUILLO	CSMC. SURQUILLO	Jr. Javier Fernández N°129
-	Magdalena	Laboratorio Referencial	Jr Junin 322
RIS 2	San Miguel	CSMC. EXCELENCIA SAN MIGUEL	Av. La Paz N°2008
RIS 5	SJL	CSMC VILLA CAMPOY	Calle Los Educadores S/N 3era Etapa de Campoy
RIS 1	Cercado de Lima	CSMC MIRONES BAJO	Jr. Perez Tudela 3289
RIS 2	Magdalena del Mar	CSMC. MAGDALENA	Calle Daniel Alcides Carrión y Calle Daniel Hernández N°895 y 290 (Magdalena del Mar)
RIS 2	Jesús María	CSMC. JESÚS MARÍA	Jr. Brigadier Pumagua N°1154
RIS 5	SJL	CSMC.MANGOMARCA	Calle Hatunocillo N°1626
-	Jesús María	FARMAMINSA BOTICA MUNICIPAL JESÚS MARIA	Av. Horacio Urteaga N°1097 Jesús María
-	Magdalena	BOTICA MUNICIPAL FARMAMINSA MAGDALENA	Jr. Leoncio Prado 1380 Magdalena del Mar

**Fuente:** Directorio de Establecimientos de Salud DIRIS Lima Centro