

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL  
PERÚ**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



De dónde vienen y a donde van: Transferencia de políticas públicas en la introducción de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) en sistema de salud peruano desde 2017

**Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en  
Ciencia Política y Gobierno que presenta:**

**AUTORA**

*Gina Estefania Ragas Sernaque*

**ASESORA:**

*Jessica Violeta Bensa Morales*

Lima, 2021

**Agradecimiento:**

Gracias a mis papás, hermanas y toda mi familia por su amor y apoyo incondicional desde siempre.

A la profesora Bensa por su paciencia, valiosos consejos y aliento constante en todo momento.

A mis amigos por sus abrazos, risas y espera. En especial, a Laura, Mabel, Verioska y Camila por ser las mejores amigas del mundo.

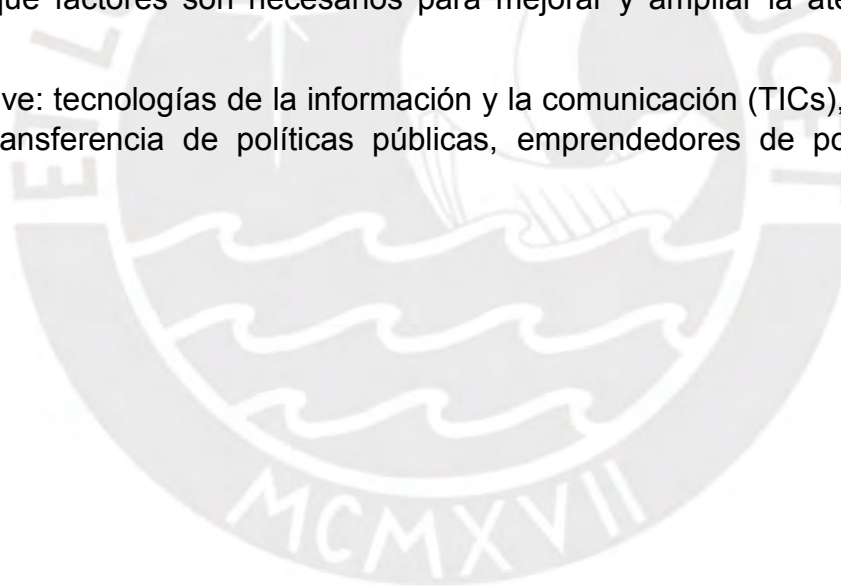
Finalmente, gracias a Dios por rodearme siempre de su infinito amor.



## Resumen

El proceso de introducción de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) en el sistema de salud peruano es un campo de investigación interesante y diverso. El cual ha sido poco desarrollado desde la academia y es un aspecto fundamental para mejorar los servicios que se están brindando en esta área. Por ello, la presente investigación se dirige a comprender y comparar cual ha sido el factor fundamental para que este proceso se dé, estudiando dos casos representativos: la Red Nacional de Telesalud del MINSA y el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizán desde 2017. En ese sentido, se considera que el factor explicativo es la capacidad de agencia de determinados actores que como emprendedores de política pública gestionan un entorno internacional favorable marcado por la existencia de una agenda global que impulsa la digitalización de la salud y un contexto nacional adecuado donde el Estado peruano persigue objetivos afines en materia de política exterior. Esta explicación se enmarca en la transferencia de políticas públicas que posibilita una aproximación multinivel al fenómeno. Debido a que el diseño es uno cualitativo de estudio de caso, se busca recolectar información relevante por medio de entrevistas y análisis de fuentes secundarias. El principal objetivo, planteado en esta investigación es conocer cómo funcionan estos procesos en el sistema de salud peruano y que factores son necesarios para mejorar y ampliar la atención de los ciudadanos.

Palabras clave: tecnologías de la información y la comunicación (TICs), salud digital, telesalud, transferencia de políticas públicas, emprendedores de política pública (EPP).



## Índice General

Introducción .....	2
<b>PRIMERA PARTE</b> .....	7
Estado de la cuestión .....	8
Cuando la influencia viene de fuera: Cooperación, Ideas y Actores .....	8
Políticas públicas de salud digital: más que virtualización .....	10
Completando el panorama: Tránsito de políticas públicas .....	12
Aportes del presente estudio:.....	16
Marco teórico y desarrollo de la Hipótesis general .....	18
Punto de partida: Proceso de transferencia de política pública .....	18
Hipótesis General:.....	19
Metodología que acompaña los procesos de transferencia.....	36
Un diseño cualitativo para estudiar el proceso de transferencia: .....	36
La selección de casos:.....	36
Variables dependiente e independiente .....	39
Una aproximación a todo nivel: .....	41
Recolección de la información: .....	43
<b>SEGUNDA PARTE</b> .....	46
Capítulo 1: La digitalización en el Sistema de Salud .....	47
1.1 La construcción de un contexto favorable:.....	48
1.2 Mucho más que antecedentes:.....	62
Capítulo 2: Red Nacional de Telesalud del Ministerio de Salud .....	72
2.1 Políticas de salud digital en marcha: Construcción de la Red Nacional de Telesalud (2017) .....	73
2.2 Institucionalización de la Red Nacional de Telesalud (2019):.....	95
2.3 Un aprendizaje inevitable:.....	106
2.4 Conclusión parcial:.....	111
Capítulo 3: Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizan.....	114
3.1 Una nueva historia para la salud mental: Construcción del Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizan (2018) .....	114
3.2 Sentando las bases a largo plazo (2020):.....	133
3.3 Observando y aprendiendo:.....	139

3.4	Conclusión parcial:.....	143
Capítulo 4: Una discusión pendiente .....		146
4.1	Procesos parecidos, pero no iguales: .....	146
4.2	Todo cuenta: el uso y construcción de diferentes recursos .....	149
4.3	Un nuevo perfil y liderazgo: .....	153
4.4	Aprendiendo sobre la marcha:.....	156
4.5	Rompiendo el molde: entre el éxito y fracaso .....	159
Conclusiones .....		163
Términos teóricos:.....		163
Términos prácticos: .....		165
Aporte general:.....		169
¿Hacia dónde vamos?.....		171
Tender puentes 1: La importancia de buscar más que aliados a nivel nacional .....		171
Tender puentes 2: Un horizonte más amplio a nivel regional y global .....		173
Digitalización: un medio, más que un fin .....		175
Hacia una nueva ciudadanía:.....		177
Bibliografía.....		180

## Índice de Tablas

Tabla 1. Actividades en los sistemas de salud digital.....	27
Tabla 2. Dimensiones de “The Normalization Process Theory”.....	29
Tabla 3. Tipo de aprendizaje y conocimiento adquirido.....	33
Tabla 4. Descripción de las tres Hipótesis Específicas y sus variables.....	40
Tabla 5. Análisis multinivel de Transferencia de Políticas Públicas.....	41
Tabla 6. Emergencia y desarrollo de una red de transferencia política voluntaria.....	42
Tabla 7. Marco institucional peruano sobre salud digital.....	65
Tabla 8. Uso de las tecnologías de la información y la comunicación entre 2000 y 2017.....	86
Tabla 9. Cobertura de Internet a nivel nacional.....	86
Tabla 10. Integración de los centros a nivel nacional 2019.....	92
Tabla 11. Principales características del proceso de aprendizaje.....	111
Tabla 12. Dimensiones desarrolladas en la introducción de la Red Nacional de Telesalud.....	112
Tabla 13. Miembros del equipo de telesalud.....	120
Tabla 14. Conformación del Hospital Hermilio Valdizán.....	136
Tabla 15. Dimensiones aplicadas al desarrollo del Servicio de Telesalud.....	144

## Índice de Gráficos

Gráfico 1. Conceptualización de la salud digital .....	26
Gráfico 2. Expectativas y uso de las TICs .....	30
Gráfico 3. Tipos de interacción en el proceso de transferencia .....	34
Gráfico 4. Marco Teórico desde la Transferencia de Políticas Públicas .....	35
Gráfico 5. Relación entre el marco legal y la interpretación .....	74
Gráfico 6. Relación entre Telesalud - Telemedicina .....	76
Gráfico 7. Conceptualización de la Red Nacional de Telesalud .....	77
Gráfico 8. Ejes de la Telesalud.....	78
Gráfico 9. Tres características de la digitalización desde la Red Nacional de Telesalud.....	80
Gráfico 10. Implicancias de la realización de Teleconsultas.....	82
Gráfico 11. Requisitos para realizar una Teleconsulta .....	85
Gráfico 12. Pilares de la Reforma de Salud (2013) .....	90
Gráfico 13. Organización Institucional en el Ministerio de Salud .....	94
Gráfico 14. Compromisos globales para la digitalización .....	100
Gráfico 15. Tipos de interacción desarrolladas en la Red Nacional de Telesalud.....	110
Gráfico 16. Ejes de trabajo del marco legal del Servicio de Telesalud .....	117
Gráfico 17. Conceptualización del Servicio de Telesalud - HHVM .....	119
Gráfico 18. Características del desarrollo de la Tele-psiquiatría .....	121
Gráfico 19. Ubicación del Hospital en toda la Red Nacional de Telesalud .....	123
Gráfico 20. Pilares de la Reforma de Salud Mental (2013) .....	132
Gráfico 21. Micro estrategias para la institucionalización .....	133
Gráfico 22. Bases de un doble liderazgo .....	139
Gráfico 23. Tipos de interacción desarrolladas en el Servicio de Telesalud...	142
Gráfico 24. Composición de los Recursos.....	153
Gráfico 25. Línea de tiempo del proceso de aprendizaje .....	158

**Índice de Anexos**

Anexo A: Tres Niveles de Salud Digital.....	198
Anexo B: Descripción Hipótesis Alternativas e Hipótesis General .....	199
Anexo C: Perspectivas de los actores involucrados en la digitalización.....	201
Anexo D: Cuadro de entrevistas final .....	202
Anexo E: Constitución de la Salud digital.....	203
Anexo F: Principios de Telesalud – LEY N° 30421 .....	204
Anexo G: Cronograma de Telecapacitaciones 2018 – HHVM .....	206
Anexo H: Actividades para cada eje de desarrollo.....	207





## **De dónde vienen y a dónde van:**

Transferencia de políticas públicas en la introducción de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) en sistema de salud peruano desde 2017



## Introducción

Durante los últimos años, a nivel nacional y global, hemos observado como la tecnología ha ido progresivamente introduciéndose en el desarrollo de diversas actividades cotidianas. Uno de los espacios, donde el uso de estas herramientas ha sido mucho más notable y decisivo ha sido en el sector público. En este espacio, experiencias exitosas muestran cómo se puede mejorar notablemente la provisión de bienes y servicios a la ciudadanía y que es necesario para llevar ello a cabo. Considerando que como innovación requiere de cambios y transformaciones que impactan notablemente la organización de las instituciones y, por lo tanto, pueden ser objeto de resistencias y oposiciones.

De múltiples casos que actualmente se vienen gestando dentro del Estado peruano, dos resultan sumamente interesantes: por un lado, la Red Nacional de Telesalud del Minsa y por otro, el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizan. Estas iniciativas a diferentes niveles, en distintos espacios y con diverso objetivos exponen de manera directa como se está llevando a cabo el proceso de digitalización de manera sistémica en nuestro país y cuáles son los desafíos que ello plantea para la conceptualización y ejercicio de la atención en el sector salud, propiciando ahora más que nunca nuevos y variados aprendizajes:

Se hace necesario avanzar en la investigación de los efectos que provoca la introducción de la eSalud en las organizaciones de salud, identificando específicamente qué transformaciones se generan a través de las interacciones entre las distintas dimensiones explicativas y la tecnología introducida (OPS, 2016a, p. 127).

En ese sentido, el propósito de esta investigación ha sido conocer y exponer que factor fue fundamental para que estas políticas públicas de salud digital sean introducidas en el Perú desde el 2017. La búsqueda de este trabajo implicó comparar entre diversas hipótesis que enfatizaban influencias externas frente a proyectos nacionales. Concluyendo, que el motivo detrás de todo este proceso radicaba en el trabajo que servidoras públicas a cargo de ambas instituciones habían realizado aprovechando un contexto global y nacional favorable a la introducción de las tics en el sistema de salud. A través de macro y micro

estrategias, las emprendedoras políticas adaptaron el entorno en el cual se desarrollan para que estas herramientas no solo sean aceptadas sino también asimiladas a largo plazo.

El fenómeno de introducción que se ha gestado en ambos casos, entendido desde la ciencia política ha implicado dos aspectos fundamentales. Por un lado, considerar la relación que existe entre dos áreas del proceso de toma de decisiones de manera compleja y dinámica como sucede con el contexto interno y externo. Por otro lado, enfatizar que estudiar esta interacción implica tomar en cuenta la trayectoria que han seguido estas ideas difundidas a nivel global hasta materializarse en políticas públicas (De Jong et al., 2002). Lo cual de manera inevitable incluye el aprendizaje al que los actores involucrados se ven envueltos y los cambios que provocan en su entorno con ese nuevo conocimiento.

Aunque se han desarrollado muchas investigaciones, que han establecido esta relación, tratando de comprender cuales son los efectos positivos o negativos, que tiene los factores internacionales sistémicos, de agencia o estructurales en las políticas públicas o como factores internos como procesos políticos (elecciones, cambios internos) juegan un rol importante en la acción internacional de los países. A diferencia de este tipo de estudios previos, los casos que se han desarrollado aquí se enfocan en temas recientes y relevantes, que han sido tratados escasamente y que por supuesto plantean desafíos. Uno de ellos, es hacer dialogar dos aspectos muy interesantes: salud y tecnologías de la información y la comunicación (TICs), reconociendo el primero como uno de los objetivos fundamentales que persigue un Estado cuando acciona y el segundo como un componente fundamental para el logro de estos objetivos, cuando en muchos casos no se cuenta con la capacidad material e inmaterial suficiente.

Por supuesto, llegar a una perspectiva que permita efectivamente visibilizar y analizar la interacción que se establece entre el espacio interno y externo en la introducción de las TICs en el sistema de salud peruano no ha sido sencillo. Sin embargo; desde el enfoque de transferencia de políticas públicas ha sido posible, debido a que desde esta perspectiva se reconoce que en un contexto como el actual es contraproducente mantener fronteras artificiales entre lo interno y

externo. Incluso cuando esta lógica implica ir más allá de una relación causa efecto entre ambos contextos para pensar en dinámicas que se configuran progresivamente sin dirigirse necesariamente a un resultado exitoso o no.

Aunque el aporte académico y metodológico es un tema sumamente relevante, también lo es el estudiar este fenómeno reconociendo los graves déficits de cobertura y calidad de la atención de muchos de los servicios médicos que brindan los establecimientos públicos. Aproximadamente la mitad de la población peruana no accede a los niveles mínimos de salud y considerando la complejidad territorial de nuestro país, la construcción de la infraestructura que es vital para ello, implica la espera de un tiempo que puede ser demasiado para algunas poblaciones. Por ello, aprovechar los nuevos espacios digitales y virtuales que se han construido es una alternativa factible y aplicable al contexto nacional. Como lo explica la Organización Panamericana de la Salud, “es necesaria una nueva orientación de la e-Salud más allá del establecimiento de políticas y estrategias nacionales de cobertura universal y saltar de las políticas a la implementación” (2016a, p. 15). La función de la salud digital no implica únicamente el diseño de las políticas, sino la implementación y la puesta en práctica.

La introducción de las TICs puede mejorar inmensamente la atención que se brinda, acercando al personal de salud a los pacientes en un ambiente no tan rígido y jerarquizado. Por otro lado, también apoya este proceso sistematizando información fundamental para el tratamiento y la atención de las personas, al generalizar esta y distribuirla a diferentes espacios, alejados o no territorialmente. Por ello, esta investigación brinda luces de que se puede hacer para mejorar estos servicios en salud en general y en salud mental específicamente, como los funcionarios pueden acercarse más a la población, todo ello reconociendo las limitaciones presupuestales y técnicas que caracterizan al sistema de salud nacional:

En el contexto actual de severas restricciones presupuestarias en el ámbito de la Salud, la eSalud se ha consolidado como un instrumento muy útil para la mejora de la salud pública al permitir, entre otros beneficios, una mayor cobertura universal de salud (OPS, 2016a, p. 18).

Esta investigación toma consciencia de lo que ha sucedido durante décadas en el sistema de salud peruano, la construcción de grandes hospitales, que se inauguraban sin estar totalmente terminados. Asimismo, la forma en la que se priorizo esa gran construcción antes que una buena infraestructura, carente de servicios de agua o electricidad, equipos médicos y sobre todo personal. De ninguna manera la salud digital, busca solucionar todos los problemas o dificultades que enfrentamos, pero si se dirige a brindar una mejor atención al ciudadano que sea oportuna y cálida, que lleve a prevenir más que a curar, sin romper la relación entre personal de salud y paciente.

Por último, existe una justificación personal en realizar esta investigación. Como ciudadanos ahora más que nunca reconocemos que la salud, es el aspecto más importante al cual la mayor parte de los esfuerzos que realiza el Estado deberían estar encaminados. Desde que nacemos estamos expuesto a un sinnúmero de peligros y complicaciones que en muchos casos son totalmente evitables. Sin embargo, nuestras posibilidades de enfrentar estas situaciones disminuyen a medida que lo hacen nuestros ingresos o recursos.

Cuando el acceso a servicios de salud de calidad se convierte en un privilegio y deja de ser un derecho fundamental, es más que necesario poner el tema en agenda como lo ha hecho la pandemia, pero sin abandonar una visión integral de la salud que incluye el bienestar emocional de manera transversal. Aunque son notables los esfuerzos que se vienen desarrollando en este aspecto, es innegable que durante décadas la salud mental ha sido malentendida y maltratada por parte del Estado y de la sociedad en general. Lo cual, ha implicado la estigmatización, exclusión y discriminación de muchas personas que han reconocido padecer algún trastorno o desorden mental.

Considerando que la salud es un eje fundamental de la vida de las personas y excede lo físico, la digitalización en este espacio no puede ni debe entenderse solo como una manera de subsanar las deficiencias de nuestro sistema. Sino como una nueva forma en que los ciudadanos y ciudadanas pueden ejercer sus derechos y, por ende, relacionarse con el Estado. Un Estado, que tiene sus propios intereses y que enfrenta día a día desafíos en este proceso de adaptación donde no todos o todas están a favor de estas medidas. Pues,

aunque un proceso de introducción parezca ocuparse principalmente de los aspectos técnicos de la política, no pasa por alto que detrás de todo ello existen relaciones de poder.

En ese sentido, aunque esto pueda ser considerado un cambio acotado que alude únicamente al Ministerio de Salud o al Hospital Hermilio Valdizán, ha terminado por establecer una nueva forma de ejercer el derecho a la salud en nuestro país. Por ello, estudiar estos casos a profundidad, considerando las similitudes que comparten, pero también las diferencias, posibilita plantear un debate más profundo y complejo sobre lo que implica este nuevo espacio en la salud y la construcción de la ciudadanía a 200 años de fundada nuestra República.



# PRIMERA PARTE



## Estado de la cuestión

Como se ha mencionado previamente, diversos autores han estudiado los procesos de innovación y cambio en la gestión pública desde diversas corrientes dentro y fuera de la ciencia política. Sus aportes con diferente énfasis han ubicado a estos como fenómenos dinámicos y fundamentales para la introducción de determinadas políticas alrededor del mundo. Las cuales, en sus fases de diseño e implementación han configurado un nuevo espacio institucional. Sin embargo; en el caso de las políticas públicas de salud digital, su naturaleza reciente hace necesario el diálogo entre diferentes perspectivas para construir una visión más completa de que factor o factores propician el surgimiento de estas iniciativas. Ello con la finalidad, de mostrar el camino trazado, pero también los aportes y relevancia de la presente investigación para pensar y repensar las mismas.

### Cuando la influencia viene de fuera: Cooperación, Ideas y Actores

Diversos estudios han tratado de entender como se ha materializado la influencia internacional en la introducción de políticas o iniciativas públicas. Aunque no existen investigaciones que analizan de manera directa las políticas de digitalización en salud desde esta perspectiva, si existen trabajos en otras áreas como la educación, economía y cuidado del medio ambiente, que igualmente manifiestan rasgos de innovación y cambio. En primer lugar, la mayor parte de las investigaciones ha tomado como fuente principal el ejercicio de la cooperación internacional. Por un lado, un grupo de estudios se ha centrado principalmente en la naturaleza de la cooperación desarrollada y la existencia de variables estructurales que posibilitan el éxito o fracaso de ciertos proyectos o programas más allá de los factores internos (DGCIN, 2009). Por otro lado, ciertos estudios de naturaleza más reciente han ampliado esta visión incluyendo expresiones de cooperación más diversa como: cooperación sur – sur o triangular (Balbis, 2010; Bancet, 2012). Las cuáles, le brindan mayor peso explicativo a otro tipo de factores.



En segundo lugar, así como la cooperación internacional implica el establecimiento de cierto tipo de relación entre las partes cooperantes, incluye sobre todo la movilización de ciertas ideas y en algunos casos valores. En el campo de la educación, derechos humanos y trabajo, la asimilación de políticas y programas con bastantes similitudes en países sumamente distintos plantea de manera directa la influencia que en estas áreas ejercen ciertos actores que gozan de legitimidad y prestigio a nivel global (Verger et al., 2012; Deacon, 2013; Edwards, 2014; Rivera – Aguilera, 2017; Tomás y Belman, 2018; Burgos, 2019). Para estos autores más que los recursos materiales que provee la cooperación, lo que resulta siendo realmente importante en los cambios que se gestan en las instituciones públicas es el espacio donde se enuncian estas propuestas (Van Ginneken, 2007; Samet, 2012; Guzmán-Valenzuela, 2017; Markus, 2017; Cáñez, 2018; Cislighi et al., 2020).

Como se observa, hasta ahora los estudios se han centrado en observar como las ideas por diferentes mecanismos ingresan al espacio nacional y generan cambios. Sin embargo, es importante insertar en esta revisión que factores internos que entran en relación con estos flujos de información juegan un rol central para que los cambios se gesten. Es así, que en tercer lugar es necesario resaltar el rol que desempeñan los actores nacionales en todo este proceso. Los organismos internacionales pueden promover diferentes iniciativas en un momento determinado, pero estas sólo se convertirán en políticas públicas y prevalecerán si cuentan con el apoyo necesario por parte de los funcionarios nacionales (Didou-Aupetit, 2013; Perrotta, 2015; Escobedo, 2018). Para los y las investigadoras, el éxito no depende únicamente de la materialización de estas iniciativas sino en el cambio que estas puedan producir en el entorno y ello solo es posible si se cuenta con el conocimiento suficiente sobre el (Burbano, 2013).

De esta sección es importante rescatar tres conclusiones que acompañan el resto de la investigación: efectivamente existe un gran nivel de influencia internacional en ciertos sectores de las políticas públicas que pueden manifestarse en agendas o tendencias, que cambian a medida que las burocracias de las organizaciones lo hacen y que para hacer de esas iniciativas efectivas necesitan el apoyo y participación de los actores nacionales y locales

### Políticas públicas de salud digital: más que virtualización

Definitivamente durante los últimos años, la salud digital o E- health, ha experimentado un crecimiento exponencial en el campo académico y práctico. Mientras que, desde la cooperación internacional, el foco ha estado en los flujos de información, valores e ideas que han impulsado de manera directa o indirecta ciertas iniciativas. Las investigaciones sobre salud digital se han centrado principalmente en el proceso de implementación y todo lo que este implica. Cada autor y autora ha tomado en cuenta aspectos distintos y diversos con la finalidad de comprender como se diseña e implementa una política de salud digital en diferentes contextos. Para ello, ha buscado incluir factores de naturaleza dinámica como la infraestructura tecnológica, las instituciones formales e informales y sobre todo al comportamiento de los interesados (grupos o personas).

#### Digitalización desde muchos frentes: multiplicidad de dinámicas

Este grupo de estudios se ha situado en un punto medio, buscando comprender el rol que juegan una *multiplicidad de actores* más allá del lugar que puedan ocupar dentro o fuera de las instituciones de salud. Para estos autores dentro de cada entidad pública parecen subsistir un conjunto de relaciones que al entrar en contacto con las iniciativas de salud digital generan lógicas, barreras o niveles en el proceso de implementación que no pueden ser obviadas. Valenzuela y Sibrian (2020) realizando una investigación sobre el programa de tele-neurología en Biobío (Chile) han observado que debajo del proceso de diseño e implementación de una política de salud digital subsiste un complejo entramado de intereses conflictivos, cooperativos y competitivos. Estos influyen en el comportamiento de cada individuo que ha intervenido en todo este proceso independientemente de su rol o rango.

En este mismo grupo, un estudio realizado por Gagnon et al. (2008), analizando el proceso de implementación de las tecnologías de salud en el sistema canadiense toma en cuenta que una investigación debe analizar no solo el impacto que estas tienen sobre la calidad de la atención, los tiempos o costos, sino considera fundamental evaluar cómo se da la interacción entre el contexto sociopolítico, los profesionales y la infraestructura técnica. Es así como este

proceso se desarrolla en tres niveles<sup>1</sup>. El primero es el de las políticas de sanidad (macro nivel), las organizaciones de cuidado de la salud (meso nivel) y las prácticas de los profesionales sanitarios (micro nivel). Cada uno de estos espacios posee una serie de objetivos que son prioridad para los actores, pero el resultado de las acciones no depende únicamente de lo que estos puedan hacer de manera aislada, sino que, por el contrario; estos tres niveles están relacionados de una manera compleja y dinámica.

Un último estudio en este grupo es aquel desarrollado por King et al. (2012) que busca resaltar cuál es el rol que cumplen las fronteras entendidas como obstáculos o dificultades en el proceso de implementación de las políticas digitales. Como los autores consideran, proyectos o programas que buscan superar o atravesar esa multiplicidad de fronteras corren un riesgo muy alto debido a la variedad que caracteriza cada espacio sea local o nacional. Asimismo, incluyen como un factor importante el nivel de fragmentación del Sistema Nacional de Salud, reconocen que esta es una característica que muchos países poseen; pero que no todos actúan a través de ella de la misma manera.

Por quienes participan y sus intereses:

Así como las dinámicas y lógicas que nacen o se refuerzan a partir de la digitalización son tomadas en cuenta. Para este grupo de estudios resulta esencial resaltar el papel que ciertos actores desempeñan y las implicancias de su comportamiento en el proceso de diseño e implementación. Por un lado, están estudios como el de Mair et al. (2012) que consideran fundamental comprender el papel que juega el personal médico en todo este proceso y como pueden constituirse como el principal obstáculo o ventaja dependiendo de los objetivos o metas que posean. A medida que la percepción o posición de los y las sanitarios sea más positiva su desempeño será mejor y por lo tanto favorable a la política.

En este mismo grupo Klecun et al. (2019) partiendo de una mirada a nivel macro realizan un estudio comparativo tomando en cuenta el Servicio de

---

<sup>1</sup> Ver Anexo A: Tres Niveles en la salud digital

Registro Nacional de Salud de Inglaterra y el Registro Nacional Electrónico de Cuidado de la Salud de Singapur. Más allá de los resultados, en ambos casos, los actores respondieron a un campo compuesto de normas, reglas, valores y procesos previos de unificación o descentralización aprovechando las oportunidades y ventajas que se les brindaron para fortalecerse y tomar el liderazgo en este espacio público.

Consecuencias de las políticas de salud digital en el espacio y la relación personal de salud – paciente:

Este grupo de estudios, a diferencia de los anteriores se ha centrado en comprender como la tecnología en la salud es un proceso mucho más complejo que no se restringe únicamente a un tipo de relación o espacio. Así, Halpren - Ruden (2020) considera cuatro aristas que son esenciales para analizar la verdadera envergadura de la “salud digital” y como este fenómeno escapa en muchos casos de la intervención de las instituciones y los profesionales de la salud para depositarse en la vida misma del paciente como ciudadano. En ese aspecto, es importante reconocer que los resultados que muchas veces son promocionados pueden alcanzarse si se utilizan las herramientas no solo de manera adecuada, sino responsable.

Como se puede observar, cada uno de estos seis tipos de estudios ha aportado información relevante para conocer cuáles son las implicancias del proceso de introducción de una política de salud digital. De lo expresado previamente se pueden exponer una idea principalmente: tanto para la cooperación y las políticas públicas de salud digital los componentes necesarios son tan importantes para diseñarla como los componentes subjetivos para implementarla.

Completando el panorama: Trasferencia de políticas públicas

Como se menciona previamente, desde un enfoque centrado en la cooperación como uno centrado en las políticas públicas de salud digital, se expresan y enuncian explicaciones bastante completas sobre que factor o factores pueden ser determinantes para que se gesten innovaciones o cambios dentro de la gestión pública. Sin embargo, tan importante como observar los

flujos de información que propician estas ideas como los componentes institucionales que permiten materializarlas es comprender que ambos fenómenos son fases del mismo proceso.

#### ¿Qué implica una transferencia?: Conceptualización y discusión

Como menciona Dussauge (2012), es sumamente complicado establecer una definición concreta y específica del concepto de transferencia de políticas públicas que sea lo suficiente amplio como para abarcar las diversas manifestaciones de este proceso y a la vez, mantener las características esenciales que lo diferencian de otras perspectivas. El complejo y productivo debate que existe entre diferentes autores desde 1980 entorno a ello ha formulado diversas preguntas, pero también ha brindado aportes fundamentales para el estudio de las políticas públicas en un entorno globalizado. Se podrían establecer cuatro generalidades tratadas por los diferentes autores.

Existe un primer grupo de estudios como el de Westney (1987) que construye la definición sobre el proceso de introducción y también implementación, así como los agentes encargados de las transferencias, los aspectos que estos buscan emular en las políticas y las consecuencias de ello en el ambiente. Un segundo grupo de estudios como el de Wolman (1992) también considera el rol desempeñado por los agentes, pero a ello le agregan el papel que juegan las ideas en este proceso de aprendizaje y las características que posee una política para ser transferida y evaluada.

Un tercer grupo de estudios, como el de Dolowitz y Marsh (1996) resaltan nuevamente el rol del agente, “quien es” y “cuáles son sus motivaciones”, así como que condiciones facilitan este proceso. Hasta este punto, se puede observar que existe un consenso relativo en la necesidad y pertinencia de centrarse en el “funcionario público” encargado de la política. Un cuarto grupo de estudios, representado por los mismos autores Dolowitz y Marsh (2000) incluye un aspecto, que si bien había sido mencionado previamente parece ganar mayor consideración luego, este es el “contexto”, es decir las facilidades o restricciones que existen más allá del sujeto y que influyen en el éxito o fracaso de este proceso.

### Naturaleza multinivel: aproximación y casos

Lo que caracteriza a los estudios de transferencia de política pública, es que justamente recurren a una aproximación multinivel tanto en las dinámicas y procesos que exponen como los casos que toman en cuenta. En primer lugar, existe un grupo de estudios que propician el diálogo entre diferentes espacios que acogen el desenvolvimiento de los actores y los cambios que experimentan (Freeman, 2009; McCann y Ward, 2013). Esta apertura a un conjunto variado de transformaciones implica que se considere tanto el conjunto de relaciones que se establecen dentro de los espacios que impulsan la transferencia como el contexto inmediato de ello, que no necesariamente es público (Skjegstad et al., 2020).

Uno de los estudios más resaltante, es el de Hassenteufel et al. en 2017, los cuales, analizando el caso de las agencias de salud en Reino Unido, Francia y Alemania, consideran que existen tres dimensiones esenciales para comprender el proceso de transferencia íntegramente. Una primera instancia, relacionada a lo discursivo, donde se desarrollado todo lo relacionado a la conceptualización de la política: reformulación, orientación, diseño y herramientas de política. Una segunda instancia, se refiere a como se movilizan los actores ya sea en contra o a favor de la política y como el poder interactúa entre ellos. Una tercera y última instancia, centrada en la adaptación que sufren las instituciones y capacidades organizacionales existentes durante el proceso político.

Esta aproximación multinivel, también toma en cuenta las características del contexto externo e interno. Como mencionan Minkman et al. (2018), en cada uno de ellos, pueden encontrarse ventajas y desventajas al momento de transferir la política pública. Asimismo, estos factores, aunque de diferente naturaleza: culturales (Tsakatika, 2012), económicos (Edwards y Beech, 2016), sociales, institucionales (Zhang y Marsh, 2016), etc., limitan o favorecen la capacidad de los actores en cada etapa del proceso. Sobre todo, considerando que si bien los intereses de estos actores son tan importantes como los recursos que poseen para materializarlos.

En segundo lugar, esta naturaleza multinivel también se extiende al proceso de selección de los casos. Aunque la mayor parte de los estudios de transferencia

optan por realizar un estudio de comparación “cross national” entre un gran número de países que posee suficientes similitudes como para reforzar el peso de la variable explicativa (McRobie et al., 2018). Otro tipo de estudios, parten de un solo caso, pues este les permite generar una explicación mucho más compleja y completa del fenómeno deseado, haciendo el caso relevante en sí mismo (Onursal-Beşgöl, 2016; Yilmaz, 2017).

Como se puede observar, la aproximación multinivel que caracteriza a los estudios de transferencia de políticas públicas se extiende a la metodología que se emplea, los casos que se seleccionan y las temáticas que se tratan. Ello genera que este enfoque sea muy útil para comprender que más allá de la influencia externa o condiciones internas que se pueden presentar en ciertos fenómenos; las motivaciones o intereses de los actores también importan sobre todo de aquellos que se ubican en el nivel intermedio de las instituciones u organismos.

#### Un espacio para el aprendizaje:

En los apartados previos, se hace explícito que desde el campo de la transferencia de políticas públicas existen hoy en día muchísimo debates y diálogos que están en pleno desarrollo, tanto en la conceptualización de este como en los factores o factor que explican la materialización de este proceso. Sin embargo, existe un aspecto que más que generar dudas o controversias permite consensos y generalidades. De las múltiples dimensiones que desencadena transferir, el aprendizaje que los actores experimentan es una de las más analizadas y estudiadas. Para Howlett et al. (2017), los actores no se desenvuelven directamente en el contexto, sino que son capaces de evaluar antes las características que posee este para mejorar su desempeño y el cumplimiento de sus objetivos.

Este proceso de evaluación es en sí mismo, un proceso de aprendizaje que no se restringe a un aspecto específico de la política, sino que incluye múltiples dimensiones técnicas, políticas, financieras, institucionales, etc., (Jacobs y Barnett, 2002; Witter et al., 2019). Como mencionan Culebro y Figueras (2012), los actores tienen que aprender mucho desde este enfoque, pues no es sólo importante la traducción que realizan de la política para adecuarla a su realidad,

sino como gestionan el contexto nacional e internacional y sobre todo las instituciones en las que se desenvuelven.

Se logra establecer como cada particularidad presentada por estos agentes influencia en la materialización de sus objetivos o propósitos, pero también como estos son capaces de modificar sus intenciones a medida que observan cambios en el entorno y el poder de los otros. En general, lo relevante de entender el proceso de transferencia de políticas públicas como un proceso compuesto por el aprendizaje de los sujetos, es que más allá de centrarse en el principio o final de la política, se establece que existe constantemente una dinámica de adaptación y cambio (Ow y Cameron, 2019; Stone et al., 2019).

#### Aportes del presente estudio:

Como se muestra en la revisión de literatura previa, desde el campo de la transferencia de políticas públicas se han realizado aportes significativos para comprender los procesos de innovación, los cuáles han puesto énfasis en el rol de los agentes sin restar atención al contexto que los acoge. A pesar de esta visión que parece bastante completa, han existido diversas críticas que consideran que como otros enfoques ha simplificado este proceso obviando las relaciones de poder y tiempo existentes (Dolowitz, 2020). Pero y, sobre todo, desconectando el centro de la explicación de los principales debates de la ciencia política (Gómez, 2019). Con la finalidad de aliviar este tipo de cuestionamientos, el presente toma en cuenta la multiplicidad de actores, instancias y la relación dinámica entre ambos.

Asimismo, el estudio de dos casos de un mismo país permite no solo comparar el desarrollo de cada uno, sino poder establecer una visión más general de lo que envuelve todo este proceso. Ello es relevante, considerando que el sistema de salud peruano dista de ser homogéneo en prestación de servicios, prácticas o procesos de toma de decisión y sobre todo organización. Es así, que este trabajo al integrarse directamente a una perspectiva específica (transferencia de políticas públicas) que goza de una aproximación multinivel, no implica de antemano superar sino recuperar la complejidad que demanda estudiar las políticas públicas de salud digital en un país como el nuestro,



ofreciendo una visión más diversa de todo lo que sucede detrás de un aspecto que puede ser considerado tan sencillo y cotidiano como son las TICs.



## Marco teórico y desarrollo de la Hipótesis general

Considerando los diferentes acercamientos expuestos en el estado de la cuestión, el marco teórico se ha construido aprovechando la interacción entre el contexto interno y externo sumado al rol del emprendedor como eje de cambio. En primer lugar, se esboza el concepto de transferencia, haciendo especial énfasis en las diferencias que plantea frente a otro tipo de perspectivas. En segundo lugar, se formula la hipótesis general y cada uno de los aspectos que la componen, recurriendo a diferentes conceptos que fortalecerán esta perspectiva. En tercer y último lugar, a modo de conclusión se construye un modelo mediante un gráfico, que muestra la relación que se plantea entre los actores y espacios en el mismo proceso de introducción.

### Punto de partida: Proceso de transferencia de política pública

Iniciando con la descripción del marco teórico, este tiene como punto de partida el proceso de transferencia de política (policy transfer) que no es un concepto totalmente nuevo, sino que ha sido desarrollado en la ciencia política desde 1980 aproximadamente. Como mencionan Dolowitz y Marsh en 1996 este es entendido como el proceso por el cual el conocimiento sobre políticas, acuerdos administrativos, instituciones, etc. de un tiempo y espacio determinado son usados en el desarrollo de políticas, acuerdos administrativos e instituciones de un tiempo y lugar distinto (p. 344). El policy transfer, no se centra únicamente en como este conocimiento se moviliza, sino que es utilizado para generar cambios o transformaciones en un contexto específico. Asimismo, se enfoca en los emprendedores de política pública o burócratas de política pública (BPP) y el entorno (en el sentido más amplio) que los rodea.

### Convergencia, Difusión y Transferencia de Políticas Públicas:

Aunque la definición del proceso de transferencia es bastante completa y específica, es importante realizar a partir de ella, un balance con otras perspectivas que son bastante cercanas. Stone (2012), nos ofrece un análisis del espacio internacional, nacional y sectorial, de acuerdo con el proceso que se considera más común en cada uno de ellos. En primer lugar, considera el proceso convergencia el cuál se centra en las fuerzas estructurales del Sistema

Internacional. Es decir, en fenómenos de gran escala como la regionalización, globalización e industrialización. Aquí, las políticas llegan más por patrones de continuidad que de cambio y existe un gran interés por enfocarse en los resultados de las políticas, más que en los insumos.

En segundo lugar, se encuentra la difusión que es el proceso por el cuál desde el Sistema internacional, las políticas llegan a los contextos nacionales. Ello muchas veces afectado, por la cercanía geográfica, la prominencia de determinados países (potencias) o las relaciones que se han entablado con los países pioneros en esta área. En ese sentido, se centra más en las condiciones que permiten dicha política que en el contenido de esta. Asimismo, reconoce que algunas fronteras son más porosas que otras y más proclives a adoptar estas iniciativas.

En tercer lugar y último lugar, considera la transferencia, la cual como su nombre lo indica, enfatiza el rol del actor en todo este proceso y las fuerzas de cambio que provienen del Sistema Internacional y el Contexto Nacional. Desde esta perspectiva los emprendedores políticos se configuran como los sujetos que observan y analizan todo su entorno, siendo capaces de copiar, pero también modificar las iniciativas externas. Al tener ese margen de acción se justifica porque es que la transferencia puede darse principalmente: en un aspecto sumamente amplio como objetivos o ideales políticos, en un aspecto más delimitado como las instituciones y en un aspecto más práctico como herramientas administrativas, judiciales o reguladoras.

Desde esta descripción, es claro que el enfoque más completo para comprender la movilización de políticas públicas desde un espacio hacia otro es el de *transferencia de políticas públicas*. Ello, porque toma en cuenta la interacción entre el sistema internacional, el contexto nacional y los actores. Considerando el proceso de adaptación, evaluación y aprendizaje que siguen estos agentes aprovechando los recursos tangibles e intangibles a su disposición y las redes de apoyo que pueden poseer.

#### Hipótesis General:

La hipótesis general parte de un enfoque multinivel que considera que la presencia de determinados actores en la Dirección General de Telesalud,

Referencias y Urgencias del Ministerio de Salud y la Dirección General del Hospital Hermilio Valdizán, ha sido fundamental para que por medio del proceso de transferencias de políticas públicas se introduzcan iniciativas de salud digital como la Red Nacional de Telesalud del Minsa y el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizán en el Perú desde el 2017 respectivamente<sup>2</sup>.

Las emprendedoras de política pública como principales actores interesados; han respondido adecuadamente a la agenda global planteada por la OMS en salud que promueve estas iniciativas. Asimismo, han gestionado el entorno interno adecuadamente de manera que el interés del Estado peruano de seguir los lineamientos que plantea la OECD por medio del Programa País les sea ampliamente beneficioso y mantengan cierto grado de autonomía a pesar de los constantes cambios ministeriales característicos del sistema peruano. Aprovechando este panorama favorable han movilizad sus recursos y capacidades en una primera fase de construcción de la política y han fortalecido y sostenido estos en una segunda fase de institucionalización. En ambas, han recurrido a un proceso de aprendizaje crítico, que considera las limitaciones y posibilidades del entorno que las rodea.

Con la formulación de la hipótesis general, es mucho más sencillo describir detalladamente las acciones que las emprendedoras de política pública son capaces de construir para darle forma y sentido a estas iniciativas en un entorno tan complejo. Donde, el aprendizaje autónomo o no, es uno de los más importantes.

#### Una agenda global no tan institucionalizada:

El rol que juega la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el fenómeno estudiado en la presente investigación es sumamente complejo y cambiante. Por ello, es necesario establecer y construir una perspectiva que se adapte al enfoque de transferencia de políticas públicas y visibilice que elementos de este espacio se movilizan al contexto nacional y específicamente sectorial. Considerando que esta movilización en primer lugar no anula la capacidad de los actores internos, sino que puede ser una herramienta valiosa para ello y, en

---

<sup>2</sup> Ver Anexo B: Conformación de las hipótesis alternativas e Hipótesis general

segundo lugar, que presenta cambios a través del tiempo. A continuación, partiendo desde una visión liberal de las relaciones internacionales, se planteará teóricamente como se ha desarrollado la OMS en este tipo de políticas.

La Organización Mundial de la Salud como organización internacional parte del intento de establecer, como otras entidades una administración global capaz de dirigir y regular múltiples sectores superando las fronteras territoriales, mediante acuerdos o tratados de cooperación principalmente técnica. Es decir, busca ejercer una gobernanza en la salud pública, lo cual es un objetivo bastante ambicioso y complejo que trata de cumplir desde 1945.

Esta gobernanza se basa principalmente en la coordinación que logra establecer entre y con los países, la cual solo es posible gracias al conjunto de recursos esencialmente intangibles que es capaz de distribuir de acuerdo con sus intereses (Keohane y Nye, 1988).

El primer recurso intangible que posee la OMS para cooperar técnicamente es ciertamente su legitimidad, tiene la capacidad de influir en las acciones o decisiones que toman los Estados en materia de salud porque confían en lo que esta entidad presenta o promueve. Asimismo, la OMS no solo posee legitimidad, sino que es capaz de otorgarla, cuando acepta o reconoce acciones emprendidas por los Estados en materia sanitaria, este reconocimiento es una medida tanto técnica como política.

El segundo recurso intangible, que no suele ser reconocido como tal, es la información que la OMS posee y ha sido capaz de acumular con las décadas. La evidencia como componente fundamental en el diseño e implementación de políticas públicas es valiosa para cualquier actor. Sobre todo, para aquel que no tiene la capacidad de producirla, como es el caso de muchos países de renta media o baja, los cuáles a su vez enfrentan los mayores retos en materia de salud. Asimismo, esta información es distribuida de acuerdo con las prioridades que posee la organización, lo cual no implica manipulación, sino un uso estratégico que se manifiesta de diferentes maneras.

La Organización Mundial de la Salud se desenvuelve en un régimen complejo (complex regime), donde proliferan acuerdos, tratados e incluso instituciones que no necesariamente compiten con esta, pero que si pueden afectar los resultados

de sus acciones. Aunque la OMS posea diversos recursos, como se mencionó previamente, y pueda efectivamente usarlos, el impacto positivo de estos dependerá en que los Estados modifiquen sus intereses y sobre todo su comportamiento. Como mencionan Alter y Raustiala (2018), la complejidad no depende tanto del número de compromisos que un Estado pueda asumir, sino sobre todo del nivel de congruencia que haya entre ellos, incluso si provienen de la misma entidad.

En ese sentido, un tercer recurso intangible que sería bueno considerar para entender como los organismos internacionales, en especial la OMS, es su grado de institucionalidad, no es sólo ser legítimo, poseer información y distribuirla, sino hacerlo de manera coordinada. Entonces, si bien las instituciones internacionales brindan confianza y generan expectativas, es importante que este proceso sea claro y no desmesurado para que logre alcanzar efectividad. Como se mencionó previamente, la OMS promueve la introducción de las TICs en los sistemas de salud desde 2008, principalmente en informes. Sin embargo, año a año, los términos que ha utilizado para referirse a la salud digital han cambiado contantemente e incluso los objetivos en esta área.

Por medio del enfoque que se ha adquirido para comprender como ha sido y es el comportamiento de la OMS, se puede visibilizar que, si bien ha buscado ejercer una gobernanza global en salud pública y lo ha logrado de cierta manera, como institución legítima y confiable que posee información y evidencia concreta sobre los problemas y soluciones que existen en este campo, no ha logrado necesariamente alcanzar todos sus objetivos. Es así como en el campo de la salud digital la información es fundamental, pero esta debe ser distribuida no solo de manera estratégica, sino de manera clara y consistente sobre todo cuando se busca promover iniciativas novedosas e innovadoras en un sector tradicional y hasta jerárquico.

Complementando este primer acercamiento al entorno, es necesario exponer que tipo de panorama nacional se ha establecido entorno a la digitalización y como este ha dialogado con los intereses de las emprendedoras de política pública.

### Un contexto nacional amigable en construcción:

En la sección previa se utilizó un enfoque liberal para comprender y describir la actuación de la OMS en el campo de la salud digital, en esta se recurre a un enfoque constructivista para visibilizar como este tema ha ingresado en la agenda nacional y a raíz de que.

Desde una perspectiva constructivista, el interés nacional del Estado no es el mismo todo el tiempo ni en todos los espacios. Sino que, como tal está expuesto a cambios o transformaciones dependiendo del contexto en el que se desenvuelve el Estado como actor internacional. Como menciona Finemore (1996), desde las escuelas teóricas de las relaciones internacionales (realismo, liberalismo, neorrealismo, neoliberalismo, etc.), el centro del análisis se ha mantenido en la búsqueda de poder, bienestar o riqueza; pero poco se ha dicho de los fines con los que se buscan estos elementos. Es así, que solo es posible comprender que busca un Estado conociendo sus características, recursos y ubicación geográfica y política.

Para la autora el interés no se encuentra fuera del Estado, esperando a que este lo descubra, sino que se establece dentro. Si bien todo inicia con ciertas preferencias que este posee, las instituciones (formales e informales) en las que está inserto juegan un papel relevante, que no limitan su proceso de construcción, sino que motivan ciertos acercamientos. Al tener cada Estado diferentes preferencias se entienden porque, aunque algunos compartan ciertos rasgos, su comportamiento puede variar considerablemente. A medida que estas preferencias y comportamientos se van afianzando, el Estado va adquiriendo una identidad determinada que lo lleva a interactuar con otros. Por supuesto, esta identidad no es estática ni perene, sino que como todo puede modificarse progresivamente.

¿Qué identidad tiene el Perú y a que lo motiva? Desde 1990, el Perú ha experimentado un gran crecimiento económico lo que le ha permitido integrarse a diversos espacios internacionales y participar activamente de ellos, como un país emergente y atractivo para las inversiones. Asimismo, sus logros en materia de política exterior han sido constantes y estables a lo largo de estos años. Consciente de ello, se ha planteado nuevos objetivos a corto y largo plazo, uno

de ellos y tal vez el más importante ha sido ingresar como miembro a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Lo cuál sería la confirmación y consolidación de su identidad como país exitoso.

El ingreso a la OCDE no es sólo una prioridad en la agenda de política exterior peruana es la agenda misma. Por ello, en este proceso de reconocimiento de preferencias y construcción del interés se ha establecido que se necesita más que la actuación de la Cancillería peruana para alcanzar el objetivo. Para Finemore (1996), los Estados son capaces de aprender y justamente lo que el Perú está haciendo.

Como se menciona en la introducción de la presente investigación es complicado mantener la separación artificial entre espacio interno y externo, considerando que algunos de los objetivos que se plantean en política exterior demandan visibilizar la interconexión de ambas esferas. Como señala Rosenau (1969), resultados internos en ocasiones solo pueden ser comprendidos estableciendo un linkage (relación) con procesos externos y viceversa, más que una influencia es un proceso dinámico que no necesariamente tiene un punto de inicio o fin. Tomando en cuenta ello, si bien el objetivo construido es de naturaleza internacional, las acciones para alcanzarlo no se restringen a acuerdos, tratados o diplomacia, sino que requieren modificar el entorno nacional con medidas directas o indirectas.

Para Putman (1988), este es un juego a dos niveles (two level game), es decir una estrategia de dos frentes donde cada espacio presenta diferentes características positivas y negativas para el objetivo que se ha propuesto el Estado. Por un lado, pueden existir considerables dificultades para movilizar recursos o lograr aceptación y, por otro lado, pueden ofrecer ventajas insospechadas. En ese sentido, será fundamental que el Estado sea capaz de neutralizar todo tipo de inconvenientes que puedan surgir y a la vez, aproveche al máximo todas las oportunidades. Esta perspectiva es fundamental para comprender como se ha ido desarrollando el Estado peruano y como ha establecido sus acciones dentro del territorio nacional.

Recurriendo directamente a documentos, informes y posteriores acciones se ha hecho reconocible ese intento por convertir el “ingreso en la OCDE” en un



objetivo para todos. El Programa País (CEPLAN, 2015) como documento muestra los principales lineamientos que debe seguir el Perú para cumplir con los requerimientos de la organización y ser aceptado, aunque estos son múltiples y multisectoriales, es posible observar que se dirigen a fortalecer la institucionalidad del gobierno peruano, ampliar el acceso y mejorar la calidad de los servicios públicos con impulso a la modernización.

Efectivamente esa búsqueda de modernizar la gestión y provisión de servicios públicos enmarca la relación positiva que se ha establecido con las tecnologías de la información y la comunicación (tics) y específicamente con la introducción de esta en los casos estudiados. Sin embargo, esta relación no ha implicado desde el principio un impulso abierto, directo y frontal a la digitalización, sino que, así como la acción de la OMS se ha dado por etapas, en las cuales se han priorizado diferentes iniciativas, así como los recursos utilizados para ello. Estos recursos han variado en su grado de institucionalización, pues en primera instancia han sido bastante variados para convertirse posteriormente en entidades creadas para dirigir y liderar el proceso técnica y políticamente.

#### El emprendedor político y sus estrategias:

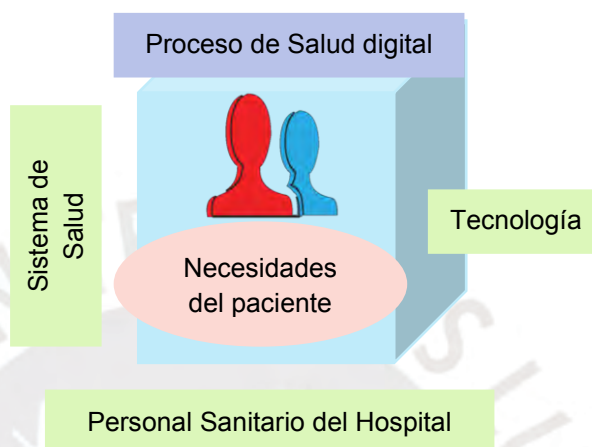
Como se mencionó previamente el actor principal, aunque no el único, en este proceso es el emprendedor político, el cuál recurre a muchos métodos para que la política no solo llegue al contexto nacional, sino para que permanezca (Bergara y Pereyra, 2005) respondiendo a desafíos socio – técnicos y organizacionales en todo el proceso de introducción.

Como señala Vitacca y otros en 2009, para los emprendedores es necesario plantear estrategias antes, durante y después de todo el proceso principalmente por dos cuestiones. Por un lado, la introducción de estas nuevas herramientas se convierte en una nueva dimensión del sistema de salud y demanda como otros, la existencia de un contexto favorable a su funcionamiento. Por otro, esta introducción pasa por considerar no solo las normas o reglas sino y, sobre todo, la posición y predisposición del personal sanitario y de los pacientes como primeros receptores de estos servicios. En un entramado tan complejo, es válido y necesario considerar que la transferencia no se agota al formalizar la política

dentro de las instituciones. Si no; como muestra el gráfico 1 siguiente, marca un proceso de constante adaptación.

Gráfico 1.

*Conceptualización de la salud digital*



Fuente: Vitacca y otros, 2009, p. 92.

Como se mencionó en el párrafo anterior, uno de los aspectos más sensibles en todo este proceso es la interacción con el personal de salud y los pacientes. El conjunto de subjetividades que entran en juego cuando se realiza algún cambio por más mínimo que sea, implica que los burócratas contemplen las repercusiones de este en el sistema de salud general y en el desarrollo de la labor de los profesionales día a día<sup>3</sup>. Considerando todo ello, dos estrategias cobran especial relevancia pues implican no solo la construcción de un espacio amigable a esta política sino también la institucionalización de esta a largo plazo.

Sentando las bases: la construcción de la política

Tomando en cuenta la conceptualización desarrollada por Dussauge (2017); la primera de las macro estrategias que es la construcción de la política va dirigida a establecer las bases técnicas necesarias para el proceso de transferencia. Asimismo, esta primera fase contempla un conjunto de cuatro micro estrategias donde se analizan y preparan todos los detalles necesarios.

Empezando por la estrategia de conceptualización, la cual está relacionada al desarrollo de un claro entendimiento del tema que trata la política que está

<sup>3</sup> Ver Anexo C: Perspectivas de los actores involucrados en las políticas de salud digital

siendo transferida desde fuera. En este estadio, el actor aprende los principales supuestos, tecnicismos y componentes. Lo cual es fundamental, pues las políticas de salud digital poseen un conjunto de características que le son propias, pero que se constituyen como un desafío para el funcionario o funcionaria. Como expone Neles da Silva y otros en 2010, un sistema de salud digital posee principalmente tres espacios teóricos, el primero de ellos está relacionado con las aplicaciones que se desarrollan desde la salud digital. El segundo de ellos implica las actividades que son necesarias para que esas aplicaciones se materialicen y el tercero, establece el rol que juegan los factores humanos en todo este proceso. Centrándonos específicamente en el segundo espacio, el conjunto de actividades que deben realizarse es bastante amplio, complejo y demandante como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1.

*Actividades en los sistemas de salud digital*

Actividad	Observaciones
Administración	Todo tipo de trabajo administrativo, incluyendo contabilidad, almacenamiento de datos, citas.
Salud digital/ Inversión en Tecnologías de la Información	Incluye inversiones reales (por ejemplo, para equipos de TI), pero también planes para futuras inversiones.
Salud digital/ Habilidades en Tecnologías de la Información	Incluye tanto la (auto) evaluación de las habilidades personales y del personal como la adquisición de habilidades (participación en cursos de capacitación, etc.)
Provisión de Información en Salud	Suministro general de información relacionada con la salud (por ejemplo, a través de un portal de Internet). No incluye consulta.
Disponibilidad de la Tecnología de la Información y Comunicación	P.ej. disponibilidad de computadoras, acceso a internet (banda ancha), práctica del sitio web, etc. No incluye el uso de las TIC.
Proceso relacionado a la Tecnología de la Información	Procesos relacionados con el uso de las TIC, pero no de naturaleza médica (por ejemplo, medidas de seguridad, calidad, gestión, etc.)
Intercambio de la data del paciente (genérico)	Todo el intercambio de datos del paciente no está directamente relacionado con ninguna otra actividad.
Almacenamiento de la data del paciente (genérico)	Todo el almacenamiento de datos del paciente no está directamente relacionado con ninguna otra Actividad.
Educación y entrenamiento del personal médico	Participación en cursos de capacitación a través de recursos informáticos.
Telemedicina y Telemonitoreo	Todo tipo de diagnóstico / tratamiento remoto basado en las TIC.

Fuente: Neles da Silva et al., 2010, p. 45.

Como se puede observar esta micro estrategia plantea muchos desafíos, pero por sí sola no asegura la primera fase de la política. Es así, que en segundo lugar se encuentra la estrategia de profesionalización, encaminada a ampliar y garantizar suficiente “expertise” en el tema de la política transferida. Aquí se involucran expertos locales o nacionales, capaces de aprender con mayor detalle sobre experiencias externas o metodologías específicas. Las cuales, de no ser reconocidas adecuadamente por algunos sectores de la sociedad afectan la promoción y búsqueda de estas capacidades por parte de los operadores de salud.

Asimismo, estas capacidades distan de ser únicamente técnicas, pues incluyen componentes subjetivos que al ejercerse reconfiguran la atención que recibe el paciente. Definitivamente, “la capacitación apropiada de los profesionales de salud y personas involucradas en la implementación de un sistema de información en salud, es fundamental” (Curioso, 2015, p. 218). Es sumamente complejo desarrollar o fortalecer capacidades con la finalidad de que el personal de salud no sienta como externo o extraño el uso de estas nuevas herramientas, sino como medios importantes para que puedan mejorar la realización de sus funciones.

Así como adquirir conocimiento y capacidades es importante, también lo es mejorarlas constantemente. En tercer lugar, se encuentra la estrategia de perfeccionamiento, encargada de los aspectos operacionales del día a día. Aquí se actualizan los datos e información que se descubre constantemente. Para conocer cuáles son estas actividades cotidianas, es necesario saber que implicancias tiene la introducción de las políticas de salud digital en la actividad de todos los involucrados en el sistema. Como lo muestra la siguiente tabla, a través de “The Normalization Process Theory” (Murray et al., 2011) se comprende el efecto que el uso de estas nuevas herramientas posee en la cotidianidad de la labor del personal médico.

Tabla 2.

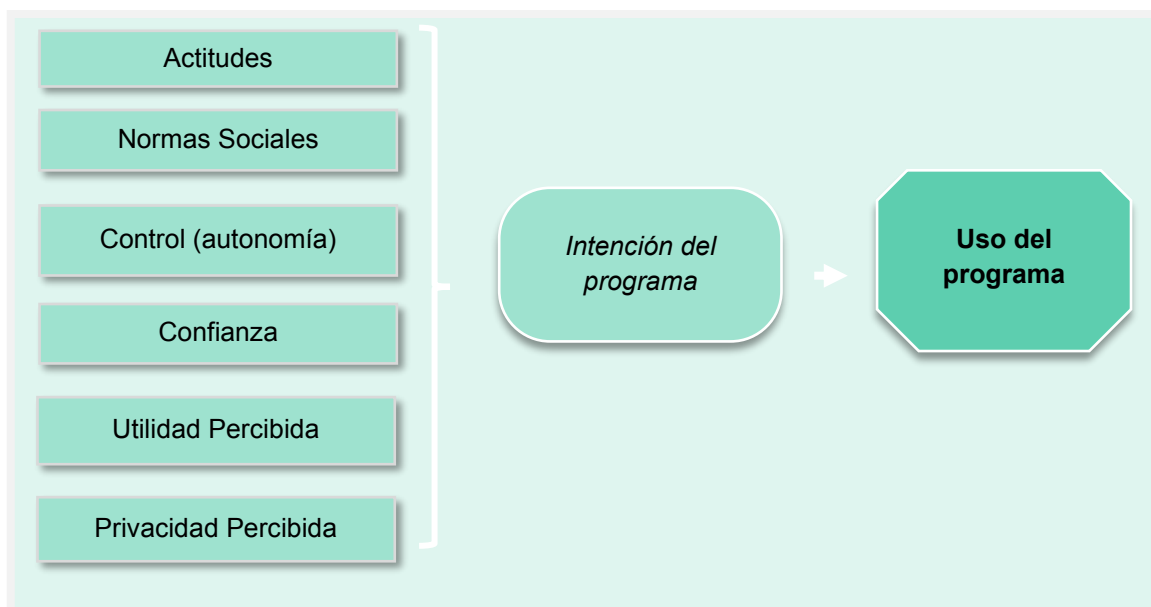
*Dimensiones de "The Normalization Process Theory"*

Interacción Empleada (IW)	Conjunto de Habilidades Empleadas (SSW)
Se refiere al impacto que una nueva tecnología o práctica tiene sobre las interacciones, particularmente las interacciones entre los profesionales de la salud y los pacientes.	Se refiere a la congruencia que existe entre la nueva tecnología y el conjunto de habilidades existentes. Si una tecnología requiere un conjunto de profesionales para desempeñarse por debajo o encima de sus habilidades es poco probable que ellos normalicen esta labor.
Integración Relacional (RI)	Integración Contextual (CI)
Se refiere al impacto de una nueva tecnología o práctica sobre las relaciones entre diferentes grupos de profesionales. Un impacto positivo sobre RI, es más probable si la tecnología no afecta las líneas establecidas de responsabilidad y rendición de cuentas.	Se refiere a la congruencia que existe entre la nueva tecnología y todo el contexto organizacional. Por lo tanto, esto incluye las metas, recursos, liderazgo, y valores.

Fuente: Murray et al., 2011, p. 3.

Finalmente, para completar el conjunto de estas cuatro micro estrategias, se encuentra la estrategia de persuasión, enfocada en convencer a otros actores sobre los beneficios de las nuevas políticas transferidas desde fuera. Las actitudes del personal de salud con respecto a la introducción de estas nuevas tecnologías son variadas; como mencionan Griffin et al 2020, estas podrían depender del nivel en el cual los individuos han estado involucrados en el proceso de diseño e implementación de dichas herramientas. Por ello, resulta fundamental el rol que cumplen los funcionarios de mayor rango en estos espacios, pues el liderazgo que empleen influenciará en la posición de los trabajadores. Como muestra el gráfico 2, existe un conjunto de factores asociados a aspectos de carácter social y emocional que poseen los trabajadores que afectan tanto el grado como la naturaleza de las expectativas, que a su vez constituyen y construyen el uso que se les dará a estos instrumentos.

Gráfico 2.

*Expectativas y uso de las TICs*

Fuente: Elaboración propia. En base a Griffin et al., 2020, p. 91.

Pensando a largo plazo: la institucionalización de la política

Así como cada una de las cuatro micro estrategias descritas previamente son fundamentales para darle forma a la macro estrategia de construcción, Para Dussauge (2017), la institucionalización de la política es igualmente esencial y también está compuesta por otros cuatro pequeños pasos.

En primer lugar, se encuentra la estrategia de codificación, con la cual los policymakers tratan de incorporar los cambios políticos en el marco regulatorio y legal de la jurisdicción para proyectar mejor la política transferida y reducir las posibilidades de un posible retroceso sobre el tema. Ello es fundamental, si se considera que gran parte del funcionamiento del Estado demanda la intervención de un conjunto distinto y complejo de instituciones que muchas veces no tienen claro que función deben asumir en un determinado sector. Lo cual, genera no solo conflicto o disputa entre las agencias estatales, sino que muchas veces desencadena la inacción en áreas que necesitan o demandan intervención inmediata.

Como señala ITU, “el marco reglamentario de Perú muestra una respuesta al avance de las TIC, aunque es complicado saber si tiene suficiente flexibilidad para hacer frente a la velocidad con que cambian” (2018, p. 67), efectivamente en el país se han establecido un conjunto de normas jurídicas y legales que regulan el uso de las TICs en salud y a nivel general. Pero es muy difícil predecir o prever cuál será el nivel de funcionalidad de estos, en contextos donde no podamos identificar quien debe asumir la función o la responsabilidad.

La posibilidad de creación de un Viceministerio en el Ministerio de Transportes y Comunicaciones (MTC), desde 2017 era una cuestión que podría llevar a uniformizar todo este proceso, pero que finalmente no se realizó. Antes de 2016, las acciones entorno a la salud digital, eran poco claras se hacían breves menciones a establecer sistemas de información basados en evidencia, pero no se llegaba más allá de ello. En ese sentido, es esencial que los emprendedores, protejan estas iniciativas de manera que no solo permanezcan, sino que mantengan la esencia con la que nacieron. La ausencia de una institución que regule la digitalización en el gobierno peruano, puede ser una ventaja porque les permite un mayor campo de acción, pero también propicia una situación de incertidumbre e inestabilidad a largo plazo.

Mientras que un marco normativo que proteja estas políticas es necesario, también lo es, aquel que ayuda a gestionar todo tipo de impase. Es así, que en segundo lugar se encuentra la estrategia de desactivación política, enfocada en desarrollar acciones que anticipen, eliminen o reduzcan al mínimo potenciales conflictos entre los actores políticos durante la implementación. Como se explicó previamente los funcionarios se preparan para las consecuencias que podrían acarrear la implementación de las políticas de salud digital, pero también para situaciones extraordinarias o especiales (Kolisnyk et al, 2018). En ese sentido, es importante cuando logran articular una red de soporte que les permite proteger y promover su iniciativa incluso en contextos de crisis o cambio.

Al ser la comunicación un aspecto transversal, en tercer lugar, se encuentra la estrategia de marketing, encaminada a producir y difundir determinada información sobre la nueva política en foros nacionales e internacionales. Un factor fundamental es la forma en cómo se comunican y exponen los beneficios

de salud digital en el contexto nacional. La capacidad de convencer no solo se dirige al personal de salud, sino también a los potenciales usuarios, que igualmente pueden tener prejuicios o reparos en acceder a estos servicios (ITU, 2018). Debido a la diversidad social, cultural y étnica que existe es necesario que las TICs y sus beneficios se traduzcan a estos contextos.

Aunque todas estas micro estrategias se piensan y desarrollan en el espacio nacional. Para Dussauge (2017) no debe obviarse ni ignorarse las posibilidades que el contexto externo puede ofrecer. Es así, que, en último lugar, se encuentra la estrategia de legitimación internacional, relacionada con el esfuerzo realizado para que los policymakers ganen “certificación” considerando la implementación de la política transferida y que justamente, este reconocimiento fortalezca su posición.

#### Un aprendizaje constante:

Definitivamente, estas dos grandes estrategias y las ocho micro - estrategias que las componen implican un proceso de aprendizaje constante para los emprendedores políticos y el círculo que los rodea. Aprendizaje que como muchos autores señalan es transversal a la misma transferencia. Como señala Riche (2017), existen diferentes tipos de conocimiento que adquieren los policymakers y explorar cada uno de ellos, implica observar el patrón de cambios cognitivos que se introducen para identificar las causas y consecuencias de aprenderlo. Como ella señala, existen cuatro tipos de aprendizaje: policy learning, relational learning, political learning y self – learning, que poseen diversos componentes como muestra la tabla número 3.

El primero de ellos, como policy learning está referido al conocimiento sobre el contenido de una política. Por ello, incluye instrumental policy learning, que es el conocimiento sobre el instrumento o diseño de implementación, social policy learning, que es el conocimiento sobre el alcance y objetivo de la política y process policy learning, que es el conocimiento sobre las reglas institucionales que restringen su acción en el policy- making process. El relational learning como segundo tipo de aprendizaje, se refiere al conocimiento sobre los intereses (relational interest learning) y recursos (relational resource learning) de los miembros envueltos en el proceso de la política. Mientras que el political learning



por otro lado, toma en cuenta el conocimiento sobre la factibilidad de la misma política, lo que sucede “detrás de la puerta” y los juegos políticos de todo nivel. En cuarto y último, el self learning incluye una categoría de conocimiento que normalmente no sería considerada pero que implica que el funcionario sea capaz de reconocer sus propias capacidades y poderes personales como los de su organización.

Tabla 3.

*Tipo de aprendizaje y conocimiento adquirido*

Tipo de Aprendizaje	Subcategorías	Conocimiento sobre
Policy learning	Instrumental learning	Role/ Razón fundamental del instrumento Medidas específicas Vocabulario/ Conceptos
	Process learning	Proceso de toma de decisiones Proceso colaborativo
	Social learning	Alcance, causas y consecuencias de la política, relevancia de la política
Relational learning	Stakeholder interest	Otras preferencias políticas o creencias
	Stakeholder resource	Forma de trabajo de los interesados, poder organizacional y restricciones
Political learning		Factibilidad política, preferencias políticas de los políticos
Self – learning		Poder organizacional propio y restricciones

Fuente: Riche, 2017, p. 7-8

Aunque desde la perspectiva de Riche (2017) el proceso de aprendizaje es sumamente necesario y hasta inevitable al transferir una política, es válido incluir una visión crítica de tal. El denominado lesson drawing logic desarrollado por Dolowitz en 2017, considera que aprender implica no solo un conjunto de componentes diversos sino el establecimiento de dinámicas insospechadas como la atemporalidad e intervención de actores totalmente externos. Justamente como señala Dunlop (2009), dependiendo de la influencia que posean estos “participantes” en el diseño e implementación de la política es posible dotar de diferentes grados de autonomía el proceso de aprendizaje como se muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 3.

*Tipos de interacción en el proceso de transferencia*

Control de los tomadores de decisión sobre los objetivos  
– fines

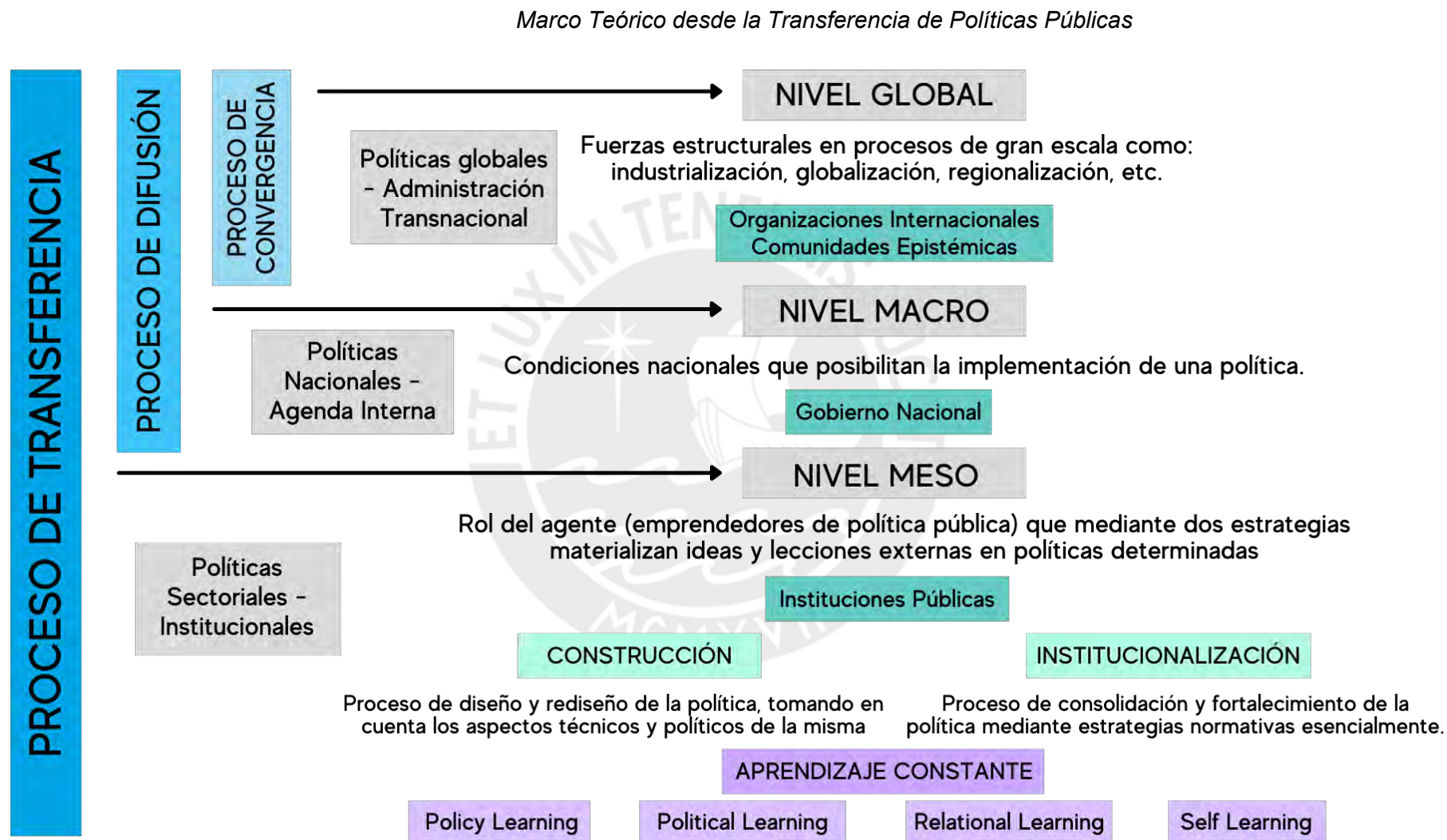
		Alto	Bajo
Control de los tomadores de decisión sobre los medios - contenido	Alto	Aprendizaje Auto – dirigido Rol de las comunidades epistémicas débil	Aprendizaje Informal Rol de las comunidades epistémica moderado
	Bajo	Aprendizaje No formal Rol de las comunidades epistémicas moderado	Aprendizaje Formal Rol de las comunidades epistémicas fuerte

Fuente: Dunlop 2009, p. 296.

Modelo del proceso de transferencia:

Como se puede observar, el marco teórico recibe diversos insumos que complejizan el mismo proceso de transferencia. Con la finalidad de resumir clara y didácticamente lo que se ha mencionado previamente, es pertinente construir un modelo, que muestre de manera dinámica la interacción de los emprendedores de política pública en los diferentes niveles y resalte los aportes de la perspectiva de transferencia de políticas públicas frente a otras perspectivas,

Gráfico 4.



Fuente: Elaboración propia. En base a Evans, 2009; Stone, 2012; Dussauge, 2017; Riche, 2017.

## Metodología que acompaña los procesos de transferencia

En el siguiente apartado, se han realizado las precisiones necesarias para darle sentido y forma a la investigación. En primer lugar, se expone el tipo de diseño elegido de acuerdo con las posibilidades y limitaciones que este otorga. En segundo lugar, se profundiza en las razones que justifican la selección y el número de casos. En tercer lugar, se propone un conjunto de variables de acuerdo con la hipótesis general. En cuarto lugar, considerando la naturaleza de las variables se brinda un panorama más completo de lo que metodológicamente implica analizar un proceso de transferencia dando especial énfasis a la “aproximación multinivel” como marco de referencia. En quinto y último lugar, se detallan los pasos de la investigación, así como las fuentes de información.

### Un diseño cualitativo para estudiar el proceso de transferencia:

El diseño de la investigación se basa en un “Diseño cualitativo de estudio de caso”, que como tal implica la comparación de diversos casos, de acuerdo con las variables, que se consideran explicativas. Este tipo de investigación, como muchas otras presenta diversas ventajas y desventajas. Por un lado, al poner énfasis en uno o pocos casos permite realizar un análisis más completo y exhaustivo de cada uno de ellos y relacionarlos, ya sea encontrando similitudes o diferencias en su constitución. Por otro lado, aunque esa característica es sumamente importante, dependiendo de la naturaleza de los casos y el nivel de profundización, establecer a partir de ellos generalizaciones teóricas puede no resultar factible.

### La selección de casos:

Como señala Liphart (1971), el diseño cualitativo de estudio de caso es un tipo de estudio de caso “generador de hipótesis”, que tiene como su nombre lo indica la finalidad de producir generalizaciones teóricas en aquellos espacios donde no existen, para lo cual previamente a la investigación ya se parte con determinadas presunciones o hipótesis a comprobar. En el caso de la presente investigación, la hipótesis considera que ciertas características de estos burócratas explican la introducción de estas políticas de salud digital, a través de

la transferencia de políticas públicas. Ello no implica, que no haya ninguna formulación teórica anterior, sino que esta se ha centrado en analizar y estudiar otro tipo de variables asociadas a aspectos estructurales o de otra índole (Didou-Aupetit, 2013; Burbano, 2013; Perrotta, 2015; Rivera – Aguilera, 2017). Mientras, que las variables que se construyen para la presente investigación equilibran características del contexto nacional e internacional con la capacidad de agencia de las funcionarias.

¿En qué se basa la selección de este número de casos?

Muchos de los estudios de transferencia política se han dirigido a comparar experiencias nacionales entre múltiples países, lo cual efectivamente puede implicar un mayor nivel de explicación e independencia entre los casos. Sin embargo, ello no ha logrado gestionar adecuadamente el sesgo de considerar un caso específico como la representación general de un fenómeno. Considerando la naturaleza fragmentada del sistema de salud peruano, es más que necesario incluir un número de casos que si bien no es lo suficientemente amplio como para establecer una tipología, si puede brindar una visión más completa y compleja de lo que realmente ha significado el proceso de introducción de las tics.

Siendo más específicos: ¿Por qué elegí estos dos casos?

Desde el enfoque de transferencia de políticas públicas, aún es complicado establecer qué tipo de transferencias pueden ser consideradas totalmente exitosas o no. Para diversos autores el “éxito” se establece sobre el hecho de que la política fue o no transferida, mientras que para otros esto se encuentra relacionado con el sostenimiento e institucionalización de la política (Gómez, 2019). Más allá de ello, aunque el éxito sea un factor que motive la investigación no es el objetivo o meta de esta, sino un indicador de los resultados de un proceso que ha demostrado ser mucho más complejo.

La salud digital, tiene múltiples manifestaciones y dimensiones, de las cuáles tres han sido objeto de diversos estudios y análisis: en primer lugar, la digitalización en este campo suele asociarse al desarrollo de sistemas de información que agrupen y organicen todos los datos que se producen y

recolectan en los sistemas de salud a nivel nacional. Este tipo de políticas ha estado normalmente a cargo de las direcciones generales de tecnología de los ministerios de salud a nivel global o de los gobiernos centrales. En segundo lugar, se encuentran los registros electrónicos de salud o Sistemas de Historias Clínicas Digitales, estos como su nombre lo indica se centran en almacenar la información de un paciente considerando los datos más relevantes para investigación o atención. Esta iniciativa, como la anterior, también ha dependido del trabajo desarrollado en las direcciones de informática y ha demandado la participación más limitada del personal de salud frente a otro tipo de profesionales encargados de implementar el software o programa necesario. Por último, la salud digital también implica el establecimiento de nuevos servicios que utilicen las herramientas digitales frente a la ciudadanía y el personal sanitario como es la Telesalud. A diferencia de las dimensiones previas, implica la conjugación más equitativa entre las direcciones de tecnología como las direcciones de prestación.

Tanto la Red Nacional de Telesalud del Ministerio de Salud como el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizán, pertenecen a esta última dimensión como muchos otros casos a nivel nacional. Sin embargo, la selección de ellos se basa en el nivel de representatividad que poseen por sí mismos a pesar de sus diferencias. En primer lugar, como se ha mencionado de manera reiterativa poseen una naturaleza sistémica que implica que operan a nivel nacional relacionándose con otros actores en este proceso de introducción de las tics. En segundo lugar, ambos son casos únicos por diferentes razones: por un lado, la Red Nacional es el único espacio a nivel nacional donde se agrupan aquellos centros que brindan servicios asociados a salud digital y desde donde se promueve la adopción de estas políticas. Por otro lado, el Hospital Hermilio Valdizán es uno de los tres centros especializados en salud mental a nivel nacional<sup>4</sup>. De los cuáles fue el primero en adoptar este tipo de servicios a mediados de 2018.

---

<sup>4</sup> Los otros dos son: Hospital Víctor Larco Herrera y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi

Considerando ello, los casos seleccionados en la presente investigación brindan información valiosa para conocer y analizar el proceso de introducción de las TICs. En ese sentido como lo expresa Kazez (2009), el interés por el caso justifica su selección. Por un lado, estos casos poseen un conjunto de similitudes asociadas al contexto nacional e internacional en las que se desarrollan, así como el tiempo (2017 - 2018) y sobre todo con respecto a la naturaleza de las iniciativas (sistémicas). Por otro lado, presentan también diferencias relacionadas a: la existencia de entornos institucionales plurales, el planteamiento de múltiples objetivos y el énfasis en determinadas estrategias.

#### Variables dependiente e independiente

Como se ha mencionado en reiteradas ocasiones, el factor fundamental que explica la introducción de las TICs (**variable dependiente**) en la Red de Telesalud del Minsa y en el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizán es la presencia en cargos de dirección de emprendedores de política pública, personas capaces e interesadas en impulsar esta alternativa de política pública, aprovechando un contexto político nacional favorable y la existencia de una agenda global en la salud que promueve la digitalización del sistema (**variable independiente**). Ambas variables como generalizaciones de la investigación están compuestas por diversos elementos que relacionan de manera específica la presencia de estas funcionarias con las acciones que emprenden y los cambios generados en el entorno que las acoge.

Considerando este entramado tan complejo, a continuación, se muestran un cuadro que detalla las hipótesis específicas (sub-hipótesis) que dan forma y la pertinencia de las variables formuladas para cada una.

Tabla 4.

*Descripción de las tres Hipótesis Específicas y sus variables*

<b>Hipótesis específica 1</b>
Los emprendedores de política pública (EPP) identifican y analizan las posibilidades y limitaciones que se les presentan en el contexto nacional e internacional. De acuerdo con ello, establecen una fase de construcción de la política e institucionalización de la política.
<b>Variable Independiente 1</b>
Los EPP comparten un conjunto de características (profesionales, personales) que les permite construir cierto tipo de nexos, sin perder su autonomía
<b>Variable Independiente 2</b>
Los EPP establecen el liderazgo organizacional por medio de estrategias necesarias para movilizar los recursos que tengan a su disposición dentro y fuera de su institución.
<b>Variable Independiente 3</b>
Los EPP interactúan con las comunidades epistémicas y aprovechan las ventajas que les brindan estas relaciones sin sacrificar su independencia.
<b>Hipótesis específica 2</b>
El contexto internacional marca por medio de la OMS una agenda global favorable a la digitalización que provee información y evidencia en la toma de decisiones
<b>Variable Independiente 4</b>
La OMS ejerce gobernanza internacional en la digitalización de la salud al establecer una Agenda, recurriendo a su alto grado de legitimidad
<b>Variable Independiente 5</b>
La OMS controla los flujos de conocimiento e información y los distribuyen estratégicamente para establecer un contexto nacional, mucho más propicio para las TICs
<b>Hipótesis específica 3</b>
El contexto nacional les provee una serie de posibilidades importantes como la existencia de un interés en una política digitalización en el sector salud y la ausencia de una institución encargada del proceso de digitalización (autonomía).
<b>Variable Independiente 6</b>
El Estado como actor posee ciertos intereses en el plano internacional que lo llevan a impulsar determinadas políticas nacionales de digitalización
<b>Variable Independiente 7</b>
El alto de grado de autonomía que posee el Estado en el sector salud, debido a la ausencia de actores capaces de balancear su poder, le permite nombrar y designar funcionarios que respondan a sus intereses; así como el rumbo de estos

Fuente: Elaboración Propia.

Cada variable que ha sido considerada en el cuadro anterior posee una relación directa con las hipótesis específicas y su conformación. Aunque la naturaleza de estas hipótesis sea variada, es justamente ello lo que permite incursionar en el tipo de aproximación que es característica de los estudios de transferencia y cuya importancia radica en la posibilidad de analizar la introducción de las tics como proceso en constante cambio.



Una aproximación a todo nivel:

La aproximación que se utilizó en esta investigación al tratarse de un estudio de transferencia fue una aproximación multinivel (multi – level approach), que como su nombre lo indica toma en cuenta factores que provienen de diferentes espacios: internacional, nacional y local (institucional). Este tipo de acercamiento genera que las variables formuladas sean sistémicas, de carácter macro y meso. Evans (2009), menciona que las explicaciones más completas del cambio de política se obtienen mediante modelos de análisis de transferencia de políticas de varios niveles como lo muestra la siguiente tabla.

Tabla 5.

*Análisis multinivel de Transferencia de Políticas Públicas*

<b>Nivel 1</b>
Estructuras globales, internacionales y transnacionales
Estructuras económicas, tecnológicas, ideológicas e institucionales que limitan, pero no determinan el comportamiento de los estados en el nivel 2 y 3.
<b>Nivel 2</b>
Proyecto Estatal
El Estado tiene autonomía de las fuerzas estructurales (económicas, tecnológicas, ideológicas e institucionales) en el nivel de selectividad estratégica
<b>Nivel 3</b>
Nivel meso: Red de Transferencia de Políticas Públicas
Una red de agentes endógenos y exógenos relacionados con recursos dependientes y cierto nivel de autonomía de las fuerzas estructurales en el nivel de opciones de análisis e implementación en procesos de transferencia de políticas públicas. Eventos en el nivel 3 que pueden a veces ser explicado en referencia a la interacción del nivel 1 y 2

Fuente: Evans, 2009, p. 261.

Si bien, este modelo toma en cuenta una gran variedad de actores, interacciones, espacios, permitiendo tener una visión más amplia de lo que realmente abarca este fenómeno a lo largo del tiempo, es fundamental la inclusión de enfoque micro que logre identificar los procesos hacia la materialización de la política como se ha considerado en la presente investigación.

Continuando con Evans (2009), para el autor, si bien esta aproximación brinda muchos beneficios por la manera en cómo abarca el proceso de transferencia. Una de sus mayores fortalezas se basa en que incluye de manera íntegra a actores que podrían no ser considerados, porque las funciones que desempeñan han sido naturalizadas o consideradas neutrales. En ese sentido visibiliza la dimensión cognitiva del proceso de toma de decisiones, que va mucho más allá de un tiempo específico como se observa en la tabla número 6. Por un lado, permite observar adecuadamente cada etapa en este proceso. Por el otro, permite identificar qué factores permitieron continuar este proceso.

Tabla 6.

*Emergencia y desarrollo de una red de transferencia política voluntaria*

El proceso de pre – decisión de aprendizaje orientado a políticas		
Reconocimiento del problema	La búsqueda de ideas y contratos con agentes potenciales de transferencia	La emergencia de una red alimentadora de información
Crisis económicas Globalización Modernización Fracaso de la política Cambio electoral Conflicto Legitimación	Régimen Internacional, Trasnacional, Nacional, Regional, Local Cross – sectorial	
Procesos de decisión		
Cognición, recepción y la emergencia de una red de transferencia de política	Élite, movilización cognitiva y evaluación de opciones	La decisión entre el flujo formal de políticas
Establecimiento de la agenda		
Proceso de post decisión de aprendizaje orientado a políticas		
Implementación	Monitoreo y Evaluación	Procesos en curso de aprendizaje de políticas
Proceso de evolución de las políticas		

Fuente: Evans, 2009, p. 263.

Culminando con el presente apartado este tipo de aproximación, así como el número de variables que posee la presente investigación; han demandado cierto

tipo de organización al momento de recolectar la información y datos necesarios. Como se detalla a continuación, este proceso estuvo determinado principalmente por los años que se consideran pertinentes y el tipo de fuente que se necesita para analizar y describir lo que sucede en cada uno de ellos.

#### Recolección de la información:

Como la metodología que se ha empleado aquí, es un estudio de caso comparado, se ha descrito y analizado la trayectoria que ambas políticas han seguido y como han pasado de ser ideas generales a iniciativas bien establecidas. Luego de ello, se ha realizado una comparación de ambos casos para conocer que los asemeja y que los diferencia. Más allá de determinar qué caso ha sido exitoso o no, lo que se ha buscado es conocer la naturaleza de cada uno y como ambos muestran cual es el panorama que se está estableciendo en el sistema de salud peruano entorno a la digitalización.

La ventaja de esta metodología es que como tal permitió establecer relación entre la acción y preferencias de los actores previo a la implementación de la política. Esto quiere decir, que, en el caso de estos burócratas, fue esencial conocer su posición antes, durante y después de que la política se haya llevado a cabo. Acceder a este tipo de información resultó fundamental sobre todo para identificar y diferenciar adecuadamente entre relaciones verdaderamente causales y asociaciones. Haciendo uso del “explaining outcome PT” fue posible conocer el nivel de involucramiento y participación de ambas emprendedoras en el desarrollo de la política, pues esta herramienta como indica Zamora “es hoy en día una metodología que contribuye tanto a la construcción como a la prueba y refinamiento de teorías, dependiendo de los énfasis más inductivos o deductivos que pongan los investigadores” (2018, p. 28).

Siguiendo el modelo desarrollado por Evans (2009), los datos que se recolectaron para realizar esta investigación procedieron de tres etapas. La primera que se establece desde antes del 2017, relacionados a informes, planes, estrategias formuladas desde la Organización Mundial de Salud (OMS) entorno a salud digital o salud electrónica. La segunda etapa, se estableció desde 2017, periodo en cual se accedió a fuentes de distinta naturaleza. En primer lugar, las fuentes secundarias estuvieron compuestas por notas periodísticas,

conferencias de prensa, entrevistas realizadas a los burócratas. Otras fuentes secundarias, fueron las normas legales, decretos o resoluciones ministeriales que buscan reglamentar estas iniciativas. Aquí, también se incluyó la posición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el proceso iniciado por las emprendedoras de política pública.

En segundo lugar, las fuentes primarias, jugaron un rol fundamental, porque a través de ellas se pudo conocer y reconstruir las posiciones de estos dos actores fundamentales, pero también de otros a los cuáles puede que no se esté reconociendo adecuadamente. Estas entrevistas semi estructuradas tuvieron como función visibilizar como la acción de estas funcionarias ha establecido un factor esencial para que estas políticas se den. ¿Por qué se recurrió a este tipo de fuente? Por un lado, porque son la fuente más acertada y concreta de conocer que es lo que piensan o consideran los actores y por el otro, porque los datos obtenidos de ellas pueden ser contrastados y completados con información que se encuentra disponible en otros espacios (internet, redes, periódicos, etc.).

En líneas generales, si bien se plateó realizar 25 entrevistas a las funcionarias y su entorno más cercano. Considerando el contexto que estamos experimentando actualmente ello se modificó a 13 entrevistas: 7 en la Red de Telesalud del Ministerio de Salud 4 en el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizán<sup>5</sup>. Las otras dos entrevistas se realizaron a expertos en políticas de salud digital, cuya producción académica ha sido considerable los últimos años y los cuáles, han laborado en estas instituciones en algunos casos. Ello, porque conocían el tema que estaba siendo investigado y la complejidad que implicaba y porque entendían que aspectos de este tanto técnicos como políticos han sido más importantes durante este proceso.

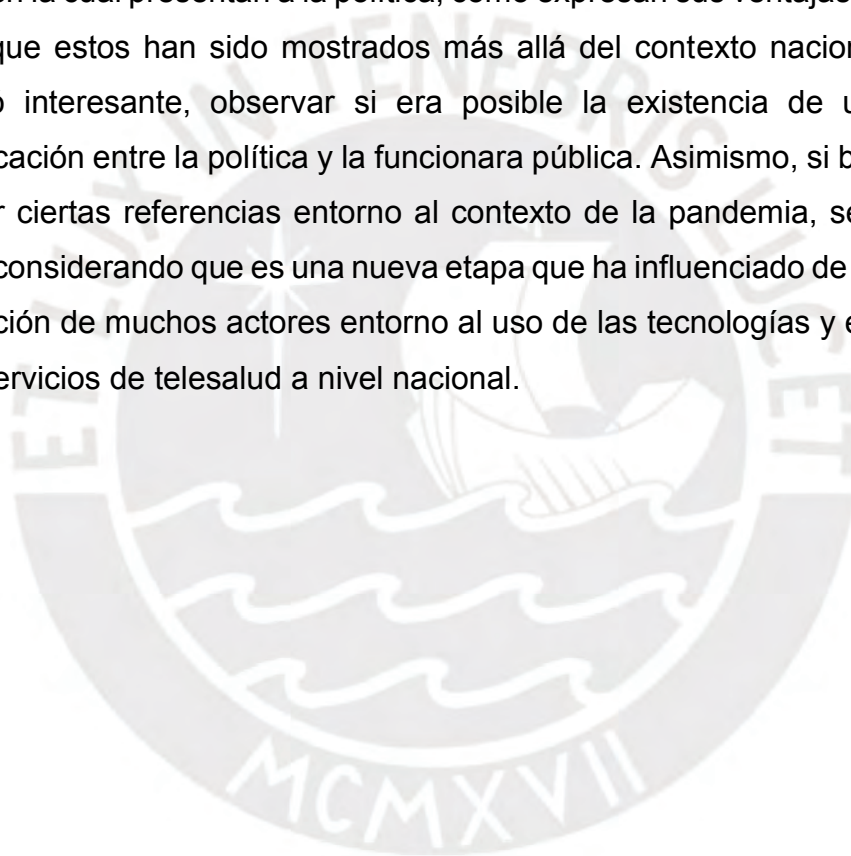
Aunque se trató de manejar la dificultad de poder realizar las entrevistas en estas instituciones sanitarias, en el caso de EsSalud, estas no se pudieron llevar a cabo. Lo cual generó que tuviera que reconsiderarse el caso a comparación de los otros, donde si se lograron realizar las entrevistas planeadas. En ese sentido,

---

<sup>5</sup> Ver Anexo D: Cuadro de entrevistas inicial - final

se decidió solo tomar en cuenta la Red Nacional de Telesalud y el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizan.

Una tercera etapa se estableció a partir del 2019 y 2020, en esta observo como han seguido funcionando estas políticas, si han cambiado o se han expandido. Asimismo, que estrategias han movilizad luego de la implementación para mantenerlas y fortalecerlas. Para ello, se recurrió a declaraciones realizadas por estas autoridades durante ese año y analizo la forma en la cual presentan a la política, como expresan sus ventajas y beneficios. Si es que estos han sido mostrados más allá del contexto nacional o no. Me pareció interesante, observar si era posible la existencia de un grado de identificación entre la política y la funcionara pública. Asimismo, si bien se buscó realizar ciertas referencias entorno al contexto de la pandemia, se gestionó el sesgo considerando que es una nueva etapa que ha influenciado de gran manera la posición de muchos actores entorno al uso de las tecnologías y en específico a los servicios de telesalud a nivel nacional.



# SEGUNDA PARTE

## Resultados de la Investigación



## Capítulo 1: La digitalización en el Sistema de Salud

Como se ha expresado previamente, el campo de la salud digital ha experimentado una gran expansión durante los últimos años y se ha convertido en prioridad para muchos actores dentro y fuera del sistema. Pero antes de describir y analizar su trayectoria en las políticas públicas nacionales, es fundamental incorporar este fenómeno como concepto. Es así como, la salud digital o “E-health” puede ser comprendida como el sistema de salud que utiliza las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) para ampliar la cobertura y calidad disminuyendo las brechas de atención experimentadas por los pacientes. Esta nueva dimensión tiene como base:

La aplicación de Internet y otras tecnologías relacionadas en la industria de la salud para mejorar el acceso, la eficiencia, la eficacia y calidad de los procesos clínicos y empresariales utilizadas por las organizaciones de salud, médicos, pacientes y consumidores en un esfuerzo por mejorar el estado de salud de los pacientes (OPS, 2016a, p. 24).

Aunque, este concepto toma en cuenta aspectos principalmente técnicos y logísticos, incide directamente en volver a este tipo de servicios mucho más democráticos y accesibles.

Considerando la conceptualización previa y los requerimientos que demanda esta nueva dimensión de salud. Se concluye que, es solo bajo ciertas condiciones técnicas, logísticas, humanas y políticas que la eSalud va a producir y generar todos los beneficios que plantea desde un principio. El campo de la salud digital, como tal, posee muchas manifestaciones y variaciones que hacen de él una dimensión mucho más compleja y dinámica. En primer lugar, se encuentran los sistemas de información, los cuáles como su nombre lo indica son los encargados de administrar y almacenar todos los datos que se encuentran almacenados en los sistemas de salud a nivel nacional de manera que estos sean gestionados de manera adecuada.

En segundo lugar, se encuentran los Registros Electrónicos de Salud, normalmente conocidos como Sistema de Historias Clínicas Digitales. El uso de las herramientas digitales en esta área tiene como objetivo principal el almacenamiento, recolección y buen uso de la información proporcionada por los

pacientes durante servicios de consulta. De manera que la atención recibida por los ciudadanos sea mucho más eficiente y oportuna y se puedan diseñar con base y evidencia iniciativas preventivas. En último lugar, la dimensión de Telesalud es aquella que se ocupa directamente de fortalecer la provisión de diversos servicios a la ciudadanía (pacientes, personal de salud) a distancia mediante el uso de las tics. A diferencia de las expresiones anteriores, su desarrollo implica una mayor interacción entre las partes y una transformación de las dinámicas y prácticas establecidas en los centros de salud.

Con una visión más clara de lo que abarca una política de salud digital, a continuación, se describe el contexto nacional e internacional que ha acogido estas iniciativas de manera sistémica pero también aquellas que a pequeña escala han preparado el camino hacia la digitalización en nuestro país.

#### 1.1 La construcción de un contexto favorable:

Uno de los ejes que conforman la hipótesis formulada para la presente investigación, plantea que para las emprendedoras de política pública ha sido sumamente importante la existencia de un contexto interno y externo favorable a las políticas que han buscado introducir. Si bien, este contexto ha sido mucho más sólido desde 2016, la construcción de este no se ha dado en un solo paso, sino que ha requerido de múltiples transformaciones. Por un lado, el creciente interés de la Organización Mundial de la Salud desde principios del siglo XXI y, por otro lado, la configuración de los intereses peruanos a nivel internacional que han tenido como centro la modernización y digitalización.

##### 1.1.1 Organización Mundial de la Salud: un intento de gobernar globalmente

La mayor parte de las políticas públicas que se implementan suele tomar en cuenta a los actores nacionales que impulsan dichas medidas y que buscan proteger su funcionamiento a lo largo del tiempo. Lo cual, es un factor importante y considerable. Sin embargo, existen ciertas políticas que por su naturaleza demandan una mirada más amplia hacia su origen o desarrollo, es el caso de la digitalización en salud. Desde hace algunas décadas es claro que vivimos en un contexto marcado por la globalización, donde el intercambio de información, ideas e incluso valores se ha configurado como una actividad cotidiana y



habitual. Desde un enfoque de transferencia, el lugar de donde proviene este conocimiento juega un papel esencial al momento de comprender la trayectoria que siguen las políticas y los objetivos de quienes se hacen cargo de ellas (Stone, 2012).

Es así, que el centro y origen del proceso de digitalización en salud ha sido desde hace algunas décadas la Organización Mundial de la Salud. Como organismo internacional la OMS, posee recursos tangibles e intangibles que le han facilitado el cumplimiento de sus objetivos. Para autores como Keohane y Nye (1988), el principal de ellos ha sido la legitimidad que durante años ha construido en el campo de la salud, la capacidad de marcar la pauta en esta área e influenciar a los países en la toma de decisiones por la confianza o certeza que genera no es un elemento que puede ser ignorado. En el caso de las tecnologías de la información y la comunicación, la OMS ha sido persistente y constante en su promoción e impulso a nivel internacional, buscando establecer cierto tipo de gobernanza al establecer dinámicas compartidas entre los diferentes Estados a nivel global (Miranda, 2016). Sin embargo, este impulso, ha distado de ser un proceso lineal o uniforme, lo cual permite clasificarlo en diferentes etapas que inician desde principios de 2000 para consolidarse a fines de la segunda década del siglo XXI.

Esta complejidad que no es exclusiva del área de la salud se debe a la existencia de regímenes internacionales que suelen ser cada vez más complejos y dinámicos, generando que un aspecto tan específico como la salud digital puede implicar la participación de múltiples actores y la realización de múltiples compromisos que en lugar de promover cierto tipo de comportamiento lo retrasan o frenan (Villamar, 2017; Alter y Raustiala, 2018). En ese sentido, que el impulso de la OMS se haya venido dando desde hace más de una década no implica que haya tenido éxito en ello, sino que en cada etapa que se describe en la presente investigación este impulso ha presentado diferentes características favorables y desfavorables a su objetivo. A continuación, se describirá cada una de ellas y cuál ha sido la relación que se ha establecido con el proceso que ha experimentado el sistema de salud peruano.

#### 1.1.1.1 Primera Etapa (2005 – 2012): Flujos y flujos de información

Esta etapa que inicia en 2005 se caracteriza principalmente por la difusión constante de documentos e informes que muestren cual es la realidad y el horizonte de la digitalización en salud a nivel global. Un hito fundamental, se da en la Asamblea N° 58 de la Organización Mundial de la Salud el 25 de mayo de 2005, donde se hace referencia por primera vez al término “salud digital (e-health). Lo cual no implica solo una conceptualización del fenómeno o proceso, sino que reconoce los requisitos o medios que se necesitan para materializar esta nueva dimensión de la salud como parte de las políticas nacionales. Para la OMS (2005), es fundamental introducir las herramientas tecnológicas, pero también integrarlas a los sistemas de salud nacionales; para cuál demandan la participación y consecuente de los Estados Miembros.

Desde ese momento se resalta una de las características que hasta el día de hoy se plantea como una de las mayores ventajas que proporciona la digitalización y es el fortalecimiento de la capacidad nacional para recolectar los datos necesarios y transformarlos. La OMS, aunque reconoce que desde años previos ya se han venido realizando iniciativas en digitalización, considera que estas carecen de los recursos necesarios para integrarse al sistema, pero también para sostenerse a largo plazo. En ese sentido como lo menciona en el Consejo Ejecutivo N° 117 realizado el 1 de diciembre de 2005, los países que se encuentran más avanzados en esta dimensión deben ser ejemplo para que ellos que recién están iniciando este proceso. El tener la capacidad de comparar el desempeño de los países y distribuir este tipo de información valiosa a sus Estados miembros ha sido una de sus herramientas valiosas e incidentes en esta etapa.

Su acercamiento a América Latina se dio principalmente a partir de 2010, cuando en colaboración con el Centro de Estudios Económicos para América Latina (CEPAL), publicó un informe sobre la realidad de la región y sus sistemas de salud. Para Perú, ello es fundamental pues por primera vez se menciona el panorama nacional; resaltando iniciativas valiosas como el “Programa Wawared” pero también cuestionando la precariedad de los sistemas de información (CEPAL, 2010). Por último, durante el año 2011, se vuelven a reforzar la idea del

avance de la salud digital en el campo de la salud móvil relacionado al uso de teléfonos celulares, pero se reconoce que esta difusión proviene más de un proceso de innovación y experimentación que una estrategia diseñada y delimitada por parte de los gobiernos.

Como se puede observar, en esta primera etapa, el trabajo de la OMS entorno a la digitalización en salud, ha sido bastante complejo; pero no completo. Por un lado, en la primera fase, muestra que existen un conjunto de acciones que debe realizar en el plazo de tres años y el presupuesto que designará para ello, siendo su principal objetivo establecer un marco normativo y regulatorio, así como ciertos principios que guíen todas las intervenciones en este campo de la salud. Por otro lado, en la segunda fase se avoca a realizar año tras año informes sobre la situación que afronta cada país con respecto a la digitalización y evaluar quienes están mostrando los mayores avances. En ese sentido, inicia con la región europea para luego ampliar mucho más su análisis, sin embargo, no logra profundizar demasiado sobre un aspecto determinado de la salud digital sin movilizarse a otro. Ello genera que su producción científica sea variada, pero no sólida o consistente con lo que desea transmitir o lograr.

Considerando todo ello, se concluye que la OMS en esta primera etapa más que desarrollar una estrategia que promueva la digitalización ha distribuido información que concientice a los países de lo que otros están haciendo ya en este campo en busca de incentivar cierto tipo de comportamiento o decisión de su parte. Si bien esto puede haber funcionado en primera instancia, ha mostrado poca claridad en que elementos de la salud digital considera primordiales o esenciales. A continuación, se analizará la segunda etapa donde el acercamiento al sistema de salud peruano se ha mostrado mucho más concreta y decidida. Asimismo, se estableció a grandes rasgos una estrategia de cinco años (2012 – 2017) en materia de salud digital que incluye mecanismos de evaluación y monitoreo para el proceso que los países están llevando.

#### 1.1.1.2 Segunda Etapa: Una estrategia más clara

Esta etapa inicia en el 2012 y se extiende hasta el 2017 y como su nombre lo indica la OMS articula una estrategia para promover la digitalización. Esta transformación se materializa principalmente en el 51° Consejo Directivo como

“Estrategia y Plan de Acción sobre eSalud” (OMS, 2011c). En este documento se plantea como será posible expandir la utilización e implementación de la salud digital en la región americana. Asimismo, se realiza un recuento de todas las investigaciones, encuestas e informes realizados por la organización en la etapa previa. Sin embargo, uno de los aspectos más importantes del consejo directivo es el hecho de que refuerza de manera mucho más clara cuál es el objetivo de esta estrategia y como se articula con las acciones emprendidas desde 2005.

Con esta afirmación la OMS hace explícito su pedido a los Estados Miembros de la importancia y necesidad de implementar servicios de salud digital. Asimismo, realizan establecen dos consideraciones importantes técnica y normativamente. Por un lado, describen cuáles son los componentes principales de la salud digital y que implica cada uno de estos y, por otro lado, cuáles son los principales desafíos y dificultades que enfrentan los sistemas de salud de la región americana como un “análisis de la situación actual”. Estas manifestaciones tienen dos objetivos: situar a las tics como la herramienta más adecuada para hacer frente a la carencia de recursos humanos en los países americanos y mostrar la diversidad de elementos que posee la salud digital.

¿Cuál es la importancia de ello para el proceso de digitalización en el sistema peruano? Durante la primera fase (2012 – 2014) de esta etapa, se observan dos tendencias importantes y relevantes para la presente investigación: una inclusión más concreta de lo que sucede en la región americana y una articulación de la digitalización con ciertos objetivos. Considerando el esfuerzo de planificación que había destinado hasta esta etapa la OMS, en la siguiente los recursos se dirigieron a institucionalizar y proteger este impulso que ya había tomado forma.

#### 1.1.1.3 Tercera Etapa (2017-2019): Mucho más allá

Como se menciona en líneas anteriores, en esta etapa lo que se observa es un proceso de institucionalización progresivo que tiene sus antecedentes directos en el establecimiento de la “Estrategia y Plan de Acción sobre eSalud” (OMS, 2011c). Durante este periodo disminuye considerablemente el número de publicaciones de la OMS, ya sean guías, informes o publicaciones. En ese sentido, lo que se puede observar es una difusión de boletines o notas de prensa enfocadas a mostrar y publicitar los avances que ya lograron varios países a

nivel regional y global. A diferencia de la etapa anterior el objetivo está puesto en el proceso de organización y construcción de la secretaria de Salud Digital para fines de 2019. A rasgos generales, se puede considerar esta instancia consta de dos fases.

La primera fase de esta última etapa se establece entre 2017 – 2018, se publican las últimas evaluaciones con respecto a la estrategia que inicio en 2012. Estas evaluaciones utilizan los indicadores desarrollados por la OMS para medir el avance en digitalización, principalmente en los servicios de telesalud y el registro de historias médicas electrónicas. Asimismo, en la 71° Asamblea Mundial de la Salud realizada el 28 de mayo de 2018, se reconoce que los avances han sido importantes y están mostrando buenos resultados y justamente con la finalidad de continuar con esos resultados, es necesario monitorearlos constantemente (OMS, 2018).

En este mismo documento la Asamblea le solicita al director general, que identifique aquellas áreas que son prioritarias para la acción de la OMS en materia de salud digital. Asimismo, la asamblea reconoce que la OMS durante todos estos años ha generado una gran producción de informes, documentos, guías, encuestas que han establecido una fuente de consulta amplia y compleja. Por ello, considera necesario que todos estos datos e información sean organizados en un solo espacio, capaz de ordenar y gestionar adecuadamente estos recursos.

Como se puede observar esta primera fase que es bastante corta demanda un proceso de integración y reorganización que no eclipsa necesariamente el papel fiscalizador de la OMS, sino que buscar articularlo de manera orgánica con este macroproceso de institucionalización. En este mismo periodo las iniciativas estudiadas en la presente investigación vienen siendo introducidas en el sistema de salud peruano de manera sistémica; las emprendedoras de política pública ubican sus acciones en un espacio de transición experimentado por la organización lo que les brinda un mayor margen de acción como se mencionó en la hipótesis.

La segunda fase de esta etapa inicial se establece desde 2019, tiene el objetivo de concretar este proceso de institucionalización que se había venido

gestando los dos años previos. El único documento publicado durante esta época agrupa todo lo que teórica, normativa y técnicamente se había dicho sobre la salud digital. En “WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening” (OMS, 2019a). A rasgos generales, la organización agrupa y relaciona todas las dimensiones institucionales, humanas, técnicas, políticas y administrativas que intervienen en las políticas de salud digital, su formulación, efectividad.

Asimismo, este documento plantea una agenda de investigación futura que se enfoque en recoger evidencia sobre los resultados de la introducción de las intervenciones digitales, porque si bien existen mecanismos de medición como los indicadores; no se han logrado utilizar como se esperaba. En ese mismo sentido, promueve la realización de estudios de seguimiento y monitoreo de manera constante, que sean capaces de incluir diferentes enfoques como el de interseccionalidad que consideren qué efectos puede estar produciendo la introducción de las tecnologías de la información y la comunicación en poblaciones diferenciadas y si estos están disminuyendo las brechas o ampliándolas.

Por último, en esta fase, ya creada la secretaria de Salud Digital una de las propuestas más resaltantes ha sido la creación de un ecosistema de interoperabilidad que sea compartido por todos los Estados Miembros de manera homogénea y única. Este ecosistema permitirá que la data sea procesada, asegurada y compartida de ser necesario. La OMS asegura que seguirá cumpliendo con su función de guía a nivel global y buscará que sus recomendaciones sean adoptadas por los diferentes países considerando sus diferencias y particularidades. De esa manera continuará promoviendo espacios de diálogo e intercambio entre los ciudadanos como pacientes y profesionales de la salud en las regiones y en dentro de los países.

De esta tercera etapa podemos concluir que se articula de una manera mucho más clara todo lo que se había realizado desde la segunda etapa y si bien la OMS dirige su atención a un proceso de carácter organizacional, lo que busca justamente es ordenar y unificar lo que ya había escrito, publicado y recomendado previamente de manera que se establezca una estrategia

verdaderamente global que será dirigida por un actor determinado como el secretaria de Salud Digital recién creada. Cuando las iniciativas estudiadas en la presente investigación se encuentran en proceso de institucionalización definitivamente es una ventaja que la OMS también este atravesando por ese proceso; pues tiene mejores herramientas para promover el fortalecimiento de estas iniciativas, pero sin reducir la capacidad ni autonomía de las emprendedoras de política pública.

Este proceso puede mostrar que contrariamente a lo que se piensa la información es importante y puede ser gravitante en algunas situaciones, pero debe ser distribuida de manera adecuada para lograr ciertos resultados, la OMS desde 2005 viene impulsando la digitalización, pero esto recién está mostrando resultados concretos durante los últimos años. Justamente es en 2012 con la primera estrategia donde se va materializando de manera más clara que es lo que debe de hacer para que sus acciones sean más efectivas. Entonces podemos considerar que la ausencia de institucionalización en las primeras etapas de la digitalización desde la OMS se constituye como una ventana de oportunidad para las emprendedoras de política pública, pues el contexto es favorable pero no lo suficiente como para bloquear su agencia o afectarla.

#### 1.1.2 Estado Peruano: Un Contexto Nacional amigable en construcción

Como mencionamos previamente, el origen que posee una política pública es fundamental para poder comprender su trayectoria; así como lo es el contexto en el cual se introduce. Así como el papel de la OMS ha sido esencial para la conceptualización de la salud digital a nivel global, el Estado peruano ha jugado un rol importante en la introducción de la tics en el sistema de salud a nivel nacional. ¿Cómo ha sido posible ello? En primer lugar, el Estado es un actor que se desenvuelve a nivel nacional e internacional con ciertos intereses. Estos, aunque puedan responder a objetivos comunes como seguridad o crecimiento económico, también lo hacen a metas construidas en un entorno cambiante (Finnemore, 1996).

En segundo lugar, en este intento por alcanzar aquellas metas, muchos Estados comprenden que los ámbitos nacional e internacional difícilmente pueden ser separados y que cualquier acción emprendida en uno,

inevitablemente afectará al otro. Considerando ello, recurren a lo que Putman (1988) ha denominado “two level game” que como enfoque les permite observar las conexiones entre ambos espacios y construir una estrategia para aprovechar las ventajas u oportunidades de cada uno de acuerdo con sus intereses. Tomando en cuenta todo ello, ¿cómo es que el Estado ha llegado a involucrarse en el proceso de digitalización?

Desde 1990 la reinserción de Perú a la comunidad internacional se dio principalmente por medio de acuerdos y alianzas comerciales que generaron que desde esa época se vaya estableciendo una identidad asociada a un proceso de liberalización económica, privatización y desregulación. Si bien se mantuvieron esos principios los años posteriores, Perú busco su integración a organizaciones multilaterales a nivel regional y global como complemento a las acciones que ya venía realizando. Fue justamente aquel crecimiento sostenido y estable durante casi dos décadas el que le abrió las puertas a múltiples espacios donde otros países ya se encontraban interactuando.

Reconociendo esta identidad, el Estado peruano considero que el siguiente paso necesario para reforzarla y consolidarla era integrarse a organizaciones que reflejen todo el éxito que había alcanzado y puedan potenciarlo aún más. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), se constituyó como el principal objetivo para ello y en ese sentido abrió una ventana de oportunidad para que en el ámbito interno específicamente agencias públicas experimentaran procesos de modernización y reorganización. Retomando la idea del “juego de dos niveles”, este proceso de cambio puede ser entendido y explicado si se considera como un paso necesario para que el Estado alcance sus objetivos en materia de política exterior. Sin embargo, así como en el caso de OMS, esta materialización de los objetivos nacionales no ha sido un automática, sino que ha atravesado distintas etapas.

#### 1.1.2.1 Primera etapa (2015-2017): Reconociendo intereses

Esta primera etapa implicó un proceso de identificación de intereses que demando en principio un análisis del contexto a ser modificado o intervenido y lo necesario para ello. El documento que expresa de manera directa la intención del estado en este aspecto es el Decreto supremo N° 086-2015-PCM (PCM,



2015), según el cual el crecimiento económico y social que ha experimentado Perú, le posibilita interactuar con otros países y compartir experiencias valiosas que refuercen y fortalezcan sus procesos. Para lo cual es imperativo que todos los sectores se vean y sientan involucrados en este proceso porque es una iniciativa de naturaleza integra y multisectorial. Declarar de interés nacional como lo expresa el decreto implica que todo aquello que se realice con la finalidad de vincular a Perú a la OCDE será prioritario y esencial.

Un segundo documento que es fundamental para comprender las acciones del Estado peruano en el ámbito nacional es el Programa País denominado “Perú 2021: País OCDE” (CEPLAN, 2016), desde este se detallan cuáles son los principales objetivos de Perú al integrarse y cuáles son los principales requerimientos de la OCDE para que pueda hacerlo. Asimismo, brinda un panorama general de la situación nacional en múltiples sectores y los cambios necesarios para alcanzar las metas planteadas. En primer lugar, establece la importancia de mantener y sostener el crecimiento económico, por medio de políticas sociales que fortalezcan ciertos aspectos de este crecimiento y que le permitan expandirse. En segundo lugar, aunque el documento realiza una exposición de los principales aspectos en materia económica, también señala la importancia de los factores institucionales:

El desarrollo está ligado a los conceptos de bienestar y oportunidades (enfoque de capacidades de Amartya Sen), que suponen un ambiente institucional adecuado que permita establecer las condiciones mínimas para que la economía y los aspectos ligados al bienestar puedan desarrollarse de manera estable a lo largo del tiempo (CEPLAN, 2016, p. 31).

La segunda fase de esta primera etapa ya no se centra únicamente en los documentos presentados previamente, sino que considera importante tomar en cuenta las mediciones que realiza la OCDE sobre la situación actual de Perú. Por un lado, se encuentra, “Estudio Multidimensional del Perú Volumen 1. Evaluación Inicial” (OCDE, 2015), en el cual se muestra un conjunto de indicadores donde Perú presenta un buen desempeño en el sector económico; pero en otros sectores como educación, salud, seguridad, empleo, vivienda, presenta cifras menores a las esperadas. Por otro lado, se encuentra el “Estudio

multidimensional del Perú: Volumen 2” (OCDE, 2016) que vuelve a plantear la importancia de ciertas reformas que promuevan un desarrollo sostenible e inclusivo sobre todo potenciando los sistemas de protección social.

Dos aspectos son sumamente importantes de esta primera fase: en primer lugar, la provisión de servicios en calidad y oportunidad se convierte en una de las principales metas y objetivos. En segundo lugar, así como la OCDE brinda ciertas indicaciones sobre los aspectos que deben ser mejorados, también expone que instrumentos son válidos para ello. Considerando entre la introducción de las tics para la modernización y reestructuración de las instituciones nacionales.

Continuando con esta segunda fase, un tercer documento cuyo análisis es sumamente relevante para la presente investigación es “Monitoring Health System Performance in Peru: Data and Statistics” (OCDE, 2017), en este informe se realiza una descripción y análisis de los avances que se han dado en el sector salud a nivel nacional y cuáles son las mayores dificultades que se presentan para que la provisión de servicios sea de calidad. A grandes rasgos, la OCDE identifica tres obstáculos: la falta de recursos tangibles e intangibles, la fragmentación de los sistemas de salud y la precariedad de los sistemas de información. Lo fundamental de esta exposición es que resalta el papel de todos los actores que forman parte del sistema de salud peruano a nivel nacional y regional y considera que este panorama de reforma más que un desafío es una oportunidad para establecer buenas prácticas y lógicas en el sistema de salud.

Para la OCDE (2017), la gobernanza debe posicionarse como uno de los objetivos en toda reforma que implique gestionar eficazmente los recursos y asignarlos a las áreas prioritarias; así como aprovechar las nuevas herramientas que pueden estar surgiendo a nivel global como las tics. Todo ello considerando el rol que juegan en este proceso los profesionales de salud; así como sus intereses y necesidades. De esta primera etapa, queda relativamente claro que, aunque la adhesión a la OCDE se establezca como un macroproceso a nivel nacional, el acercamiento a este objetivo demanda la toma de decisiones y cambios a pequeña escala en diferentes sectores, siendo uno de los principales el sector salud. Es así, que mientras de manera directa se fomenta la

digitalización como una herramienta valiosa y efectiva en esta reforma de modernización, ya se viene gestando en ciertos espacios como el MINSA la creación de la Red de Telesalud en un ambiente bastante amigable para ello.

#### 1.1.2.2 Segunda etapa (2018-2019): Eligiendo al encargado

Ya establecidos de manera clara los intereses del Estado peruano en una primera etapa, lo que concierne a esta segunda etapa ha estado relacionado a designar al encargado de llevar a cabo todas las actividades y cambios propuestos con respecto a la modernización y la mejora en la provisión de servicios. Para ello, el pilar fundamental ha sido la creación de la secretaria de Gobierno Digital<sup>6</sup> a fines de 2017 como actor líder de todo este proceso de digitalización; cuyas funciones abarcan la integración de las instituciones públicas, pero también la promoción de un nuevo tipo de ciudadanía.

A pesar de su poco tiempo de funcionamiento, ya ha realizado funciones sumamente importantes en este esfuerzo por mejorar la gestión y administración en las diferentes instituciones públicas. En primer lugar, se formuló el decreto N.º 033-2018-PCM<sup>7</sup>, mediante el cual se crea la plataforma única del Estado peruano y se fortalece el rol del secretario digital como líder en esta primera etapa de uniformización y modernización (PCM, 2018). Ambos pasos fundamentales para organizar la información de las diferentes entidades y facilitar la comunicación entre ellas en un ambiente seguro. En segundo lugar, se publica el Decreto Legislativo N.º 1412<sup>8</sup>, según el cual la creación de este Gobierno Digital necesita el establecimiento de un nuevo ecosistema donde participen todos los actores involucrados:

El gobierno digital es 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

---

<sup>6</sup> Mediante Decreto Supremo N.º 022-2017-PCM se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Presidencia del Consejo de ministros (ROF de la PCM).

<sup>7</sup> Decreto Supremo que crea la Plataforma Digital Única del Estado Peruano y establecen disposiciones adicionales para el desarrollo del Gobierno Digital.

<sup>8</sup> Decreto legislativo que aprueba la ley de Gobierno digital

personas en general en el entorno digital (Congreso de la República, 2018a, p. 5).

Como se puede observar, en esta primera fase de la segunda etapa se establecen los lineamientos de acción de acuerdo con la secretaria de Gobierno Digital, así como se fortalece y consolida progresivamente su rol como líder y su capacidad de coordinación. Este proceso de institucionalización es fundamental para la introducción de la otra iniciativa en el Hospital Hermilio Valdizan pues no solo va consolidando un ambiente más que propicio para las mismas, sino que expone claramente que lugar ocupan este tipo de políticas en las prioridades del Estado.

Considerando ello, la segunda fase de esta etapa que seguimos experimentando hasta hoy inició con la publicación de los “Lineamientos para la Formulación del Plan de Gobierno Digital (SEGDI, 2018c)”. Según este documento es necesario que se mantenga y proporcione una sola guía para todas las entidades públicas que articule las iniciativas que ellas previamente ya habían realizado, así como los últimos avances en esta materia. Por supuesto, todo ello de acuerdo con lo que la OCDE también ha manifestado en los diversos documentos que ha publicado. Aunque todavía no se hayan determinado de manera universal que pasos son necesarios, es importante que cada institución tenga claro que existe un marco de referencia.

Por supuesto es cierto, que esta etapa, se ha visto afectada por todo lo sucedido durante los últimos años. Sin embargo, es importante mencionar que hasta ese momento ya se habían realizado los avances necesarios y fundamentales para que los dos casos estudiados en la presente investigación se introduzcan y puedan expandir su campo de acción. Pues a grandes rasgos tanto en el entorno internacional como nacional, las tecnologías de la información y la comunicación siguen configurándose como la alternativa más adecuada para mejorar la calidad de vida de las personas.

#### 1.1.2.3 Una realidad transversal pero poco efectiva:

Mientras, todo este proceso de integración a la OCDE se llevaba a cabo, el desarrollo de salud digital se materializaba en otros espacios. Por un lado, desde el Ministerio de Salud donde se observaba cierto interés en este tipo de políticas.

Por otro lado, desde las otras instituciones en general donde ni se promovía ni obstaculizaba el desarrollo de estas iniciativas. Es conocida la inestabilidad política que ha caracterizado al país durante los últimos años, aunque ha causado grandes estragos a nivel social y económico en el caso de esta área su impacto ha sido mínimo y sumamente delimitado a circunstancias específicas.

En primer lugar, desde 2016 a 2019, han sucedido en el cargo de ministros de salud 6 servidores y servidoras públicos: Patricia García, Fernando D' Alessio, Abel Salinas, Silvia Pessah, Zulema Tomás y Elizabeth Hinostroza, de los cuáles solo algunos han cumplido roles activos y significativos en este proceso de digitalización. Es el caso de la exministra, Patricia García, cuya gestión acoge la creación de la Red Nacional de Telesalud; como menciona ITU (2018), ello solo puede explicarse si se toma en cuenta la trayectoria y antecedentes que ella poseen en relación con este tipo de iniciativas.

Esta misma experiencia se repitió con Zulema Tomás, quién también como ministra mostró gran interés entorno a la digitalización. Fue efectivamente en su gestión, donde se dio inició al Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizán y en donde se ha identificado un crecimiento exponencial de los centros de salud que utilizan las tics. Aunque efectivamente, solo sean dos casos donde se muestra mayor predisposición a estas políticas, en las demás gestiones no se observa ningún tipo de oposición o confrontación con las emprendedoras de política pública, lo cual ha generado que los nexos, aunque tenues se mantengan (Araya, 2016). A este elemento, que es sumamente significativo, es importante incorporar una realidad que es mucho más sistémica.

En segundo lugar, se suma el hecho de que, considerando la precariedad del sistema de partidos políticos, han sido pocos y casi nulos los nexos entre estas instituciones y la ocupación de cargos en el Estado. A diferencia de otros países, el sistema de salud peruano ha estado caracterizado por la presencia y crecimiento de tecnócratas desempeñando cargos de alto y medio rango. Ello, le ha brindado un margen de acción mucho más amplio a los servidores públicos y mayores prerrogativas para tomar decisiones e incluso transformar sus entornos (Bonetti, 2017, p. 30). Pero también, ha propiciado que sea mucho más complejo seguir un trabajo articulado y coherente entorno a la digitalización, pues

muchos de los planes entorno a ello planteaban la creación de viceministerios que no se han materializado.

## 1.2 Mucho más que antecedentes:

Como se puede observar de los apartados anteriores, el entorno internacional y nacional que ha acogido a estos dos casos ha ido cambiando año tras año y con ellos, la naturaleza de estas iniciativas; pero también de otras que han existido previamente de manera más limitada o determinada. En primer lugar, es necesario exponer qué instrumentos legales se han formulado hasta 2016. En segundo lugar, cuáles han sido o son las principales barreras que se encuentran o enfrentan al momento de implementar este tipo de servicios según diversos autores e informes. Por último, qué tipo de proyectos o programas ya se han llevado a cabo y cuáles han sido las prioridades, metas y objetivos tomadas por estos.

### 1.2.1 Normas, Leyes y Reglamentos hacia la digitalización:

Como muchas políticas, la digitalización demanda que exista un marco normativo que reglamente no solo las acciones que se pueden tomar como parte de este proceso, sino que también legitime su introducción dentro del sistema. Aunque la tecnología no sea un elemento ajeno o desconocido en nuestras vidas, su inclusión dentro del Estado ha sido progresiva y continua desde principios del siglo XXI. En ese sentido, un primer grupo de documentos ha tenido como finalidad propiciar un entorno que no solo amplíe el acceso a los servicios de telecomunicaciones, sino que equipare el uso que distintas poblaciones puedan hacer de este. Es el caso del Decreto Supremo N° 049–2003–MTC, que establece los “Lineamientos de Políticas para promover un mayor acceso a los Servicios de Telecomunicaciones en áreas rurales y lugares de preferente interés social”.

Un segundo grupo de documentos ha buscado socializar y exponer la naturaleza de la digitalización en el sector salud de manera que la población pueda conocer de manera directa lo que implica este proceso y los servicios que de ello se originan. Uno de estos documentos formulado de manera conjunta entre el Ministerio de Salud (MINSA), Ministerio de Transportes y

Comunicaciones (MTC), Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), entre otros es el “Plan Nacional de Telesalud” (2004)<sup>9</sup>. El cual, considerando su fecha de formulación ya propone un acercamiento más íntegro y directo entre tecnología y el sector salud. Pero que no expresa una manera concreta en la cual se dará esta integración.

Por ello, cinco años después se publica la Norma Técnica de Salud N° 067-MINSA/ DGSP-V.01 que como su nombre lo indica tiene la finalidad de regular los aspectos organizativos y administrativos en la aplicación y uso de los servicios de telesalud (MINSA, 2009). Un paso considerable en este camino al definir de manera precisa determinados conceptos o funciones, así como encargados, pero sin considerar una visión más amplia o articulada del funcionamiento de estos servicios dejando la gestión de estos a cada región en particular.

En este mismo grupo de documentos tres años después se encuentra la Resolución Ministerial N° 297-2012/MINSA, que como parte de esta etapa de transformación y modernización refuerza un componente fundamental en la salud digital como son los sistemas de información (MINSA, 2012). Como formulación busca articular y automatizar este tipo de procesos proveyendo de mejor información al personal de salud, pero también incluyendo en este campo a la Telesalud y ampliando de manera considerable la integración de las tics en este sector.

Concluyendo este grupo se encuentra la Ley N° 30024 que crea el Registro de Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (2013) como su nombre lo indica establece los criterios, fines, formas en la cual esta información valiosa sobre los pacientes será recogida y almacenada, así como la creación del Registro de Historias Clínicas Electrónicas que complementa esta medida (Congreso de la República, 2013). Como las formulaciones previas esta medida no se aleja de los fines de la digitalización ni mucho menos pero sí deja sin responder muchas dudas o procesos fundamentales para materializar esta iniciativa.

---

<sup>9</sup> Ver Decreto Supremo 028-2005-MTC

[http://transparencia.mtc.gob.pe/idm\\_docs/normas\\_legales/1\\_0\\_917.pdf](http://transparencia.mtc.gob.pe/idm_docs/normas_legales/1_0_917.pdf)

El tercer y último grupo de documentos, aunque no responden a iniciativas originadas en el sector salud sí expresan un contexto general importante para las mismas. Por un lado, el Decreto Supremo N° 066-2011-PCM denominado "Plan de Desarrollo de la Sociedad de la Información en el Perú - La Agenda Digital Peruana 2.0" plantea la introducción de las tics a nivel general en la vida de la ciudadanía considerando las mismas como un medio y no un fin en sí mismas (PCM, 2011a). Asimismo, al haber sido desarrollado de manera general entre el sector público y privado, abre paso directo para la participación de muchos actores en esta nueva era de las políticas públicas. Aunque fue un paso fundamental que resulta significativo si consideramos el contexto que vivimos actualmente, con este plan se generó lo que sucedió con el mismo Plan de Telesalud, pues al abarcar muchos aspectos no se establecieron los criterios básicos para llevar a cabo cada uno de ellos.

Por otro lado, en ese mismo año por medio del Decreto Supremo N° 083-2011-PCM se crea la "Plataforma de Interoperabilidad del Estado - PIDE" que a diferencia de la "Agenda Digital Peruana 2.0" establece un paso directo para integrar el funcionamiento de las instituciones públicas respondiendo a un mismo dominio (PCM, 2011b). Lo cual no solo organiza y ordena el desarrollo de cada una de ellas sino la información que producen y almacenan. Aunque existen muchas otras leyes y regulaciones formuladas previo a 2016, estas son las más representativas en la salud digital y cuya existencia ha moldeado el panorama que encontraron las emprendedoras de política pública a partir de ese mismo año.

Un balance general de este marco normativo como lo muestra la tabla número 7, permite observar que los esfuerzos se han dirigido a diferentes objetivos. En primera instancia, han buscado generar un acceso a las tecnologías más amplio y equitativo a nivel nacional. En segundo lugar, se han encaminado a formalizar y comunicar que implica la salud digital y los servicios que se pueden implementar en ella. Por último, han propiciado un ambiente general más amigable a la digitalización en el sector salud desde el Poder Ejecutivo. Aunque todas estas acciones son significativas y podrían evidenciar un intento por institucionalizar esta nueva dimensión de la salud, al no estar



articuladas ni integradas en un solo escenario su impacto y beneficios no han superado las expectativas.

Tabla 7.

*Marco institucional peruano sobre salud digital*

2006	Resolución Ministerial N° 274-2006-PCM Estrategia Nacional de Gobierno Electrónico.
2011	Decreto Supremo N° 066-2011-PCM Plan De Desarrollo De La Sociedad De La Información En El Perú - La Agenda Digital Peruana 2.0.
2013	Decreto Supremo N° 081-2013-PCM Política Nacional de Gobierno Electrónico 2013-2017
2013	Ley 30024 Ley que crea el registro nacional de historias clínicas electrónicas
2017	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del MINSA Resolución Ministerial N.º 274-2006-PCM

Fuente: Elaboración propia. En base a ITU, 2018, p. 67-68.

### 1.2.2 Barreras y condiciones en la implementación:

En el área de la salud digital, una de las barreras más relevantes según diferentes investigadores es la inexistencia de un marco normativo que sustente el desarrollo de sus actividades. En el caso de nuestro país, los cambios normativos más que decisivos han sido constantes. Sin embargo, han sido otro tipo de barreras las que realmente han afectado la introducción de este tipo de políticas. En primer lugar, la precaria infraestructura tecnológica es y ha sido un gran problema para promover el uso de estas herramientas a nivel nacional sobre todo en las áreas más vulnerables.

Como menciona Peter Busse<sup>10</sup>, sin lugar a duda durante los últimos años hemos observado una clara expansión en el acceso a internet, pero este avance

<sup>10</sup> Entrevista personal realizada en junio de 2020

ha estado principalmente concentrado en Lima. Esta brecha no solo indica la desigualdad entre las regiones, sino también la baja oferta que Perú posee a comparación de los demás países de la región.

Si bien la tecnología es un eje fundamental en este proceso de introducción, esta no es posible si no existe el capital humano dispuesto y capacitado para utilizarla. En segundo lugar, se encuentra la dimensión humana; donde los cambios pueden gestarse en un día o años. Por un lado, se encuentran el tipo y número de capacidades que posee el personal de salud con respecto a las tics. Como menciona ITU en 2018, en Perú, la enseñanza que ofrecen los centros de estudio con respecto a esta dimensión es mínima y difícilmente puede cubrir la demanda para generalizar el uso de estos servicios a nivel nacional. Asimismo, con respecto a la calidad de esta no existe evidencia clara y concisa sobre la calidad de la educación que ya se viene ofertando y el impacto de esta en la profesionalización de estos servidores públicos.

Por otro lado, sumado a las capacidades es más que fundamental la disposición y voluntad que el personal de salud tenga para utilizar estas nuevas herramientas. Como menciona Elizabeth Espinoza<sup>11</sup>, a grandes rasgos se pueden identificar dos tipos de resistencia en el sistema de salud: en primer lugar, la resistencia generada por el desconocimiento o incapacidad para manejar las diferentes tecnologías que suele ser encontrada en el personal más adulto.

Como contraparte a este tipo de oposición, se encuentra la resistencia causada por lo que implica este proceso de digitalización, como un mayor control y monitoreo de los servicios que brindan estos profesionales y que afecta las lógicas que durante años han sobrevivido en el sistema como la inasistencia, tardanza e incluso corrupción. Considerando la naturaleza de este tipo de resistencia, para Peter Busse, es impostergable que se comuniquen de manera directa y adecuada los beneficios y ventajas que atraen las tics en los servicios de salud para concientizar a los profesionales de salud, pero también a la población; aumentando la demanda sobre los mismos.

---

<sup>11</sup> Entrevista personal realizada en julio de 2020

En tercer lugar, existe un conjunto de barreras institucionales que superan la normativa existente en el sistema de salud. Como menciona ITU en 2018, la organización del sistema peruano, aunque establece como ente rector al Ministerio de Salud, permite la participación de múltiples actores. Lo cual no es necesariamente negativo, pero sí acarrea cierto grado de desorganización y desconexión en lo que realiza cada entidad. Y justamente ha sido esta dimensión la que ha postergado durante años, la introducción sistemática de las tics, pero también de otras iniciativas.

En cuarto y último lugar, la dimensión administrativa expone las deficiencias que caracterizan al sistema, tanto en el limitado presupuesto como en el excesivo peso burocrático que demanda la toma de decisiones cotidianas. Lo cual no solo impide el desarrollo de acciones más completas, sino que dificulta el ejercicio de procesos ya establecidos. Estas cuatro dimensiones que han acompañado las iniciativas de salud digital durante los últimos años, aunque no han desaparecido sin lugar a duda, han sido gestionadas de manera dinámica en los casos estudiados dando un gran margen de acción a las emprendedoras de política pública y propiciando la sostenibilidad de estas políticas desde 2017.

### 1.2.3 Programas, Proyectos y Acciones:

Tomando en cuenta todo el contexto que acompaña la digitalización en nuestro país desde hace algunos años, es importante tomar en cuenta que esta dimensión de la salud ya venía desarrollándose desde hace algún tiempo en ciertas áreas y con ciertas características; más allá de la introducción sistémica que se menciona de ella en el presente estudio. De ello es posible identificar tres características significativas. En primer lugar, definitivamente la precaria infraestructura tecnológica es una de las grandes barreras en el proceso de implementación, lo cual ha llevado a que estos programas o proyectos sean sumamente limitados y determinados en tiempo y espacio.

La mayor parte de estas iniciativas se ha enfocado en áreas específicas de la salud y han priorizado el uso de tecnología que se encuentra al alcance de la mayor parte de ciudadanos como son los teléfonos móviles. Por otro lado, los espacios de implementación de estos proyectos también han sido sumamente acotados, ya sean comunidades (nativas o rurales) o distritos en las diferentes

regiones. Los encargados de estos han optado por trabajar directamente con una población a lo largo del tiempo, antes de ampliar la cobertura de este a otros espacios.

En segundo lugar, así como estos proyectos han sido sumamente específicos con respecto al público objetivo y el contexto. El gran número de iniciativas en esta materia, se han originado en el sector privado ya sea de la sociedad civil o instituciones educativas como las universidades. Para Elizabeth Espinoza, los programas más representativos de salud digital han sido en principio pensados en pequeños grupos de trabajo que por cuestiones personales o profesionales han buscado llevarlos a cabo. Este interés explica en gran medida la naturaleza de estos, que más allá de institucionalizarse o sistematizarse han permanecido cumpliendo sus metas a corto y largo plazo. Asimismo, aunque no se hayan realizado desde el principio de manera conjunta con las instituciones públicas, en algunos casos estos se han integrado al trabajo que ya viene realizando algunos centros de salud.

En tercer lugar, la especificidad de estos proyectos ha recaído principalmente en un área que sin lugar a duda ha sido prioridad para el Estado y la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante los últimos años. La promoción y protección de la salud materno infantil es el eje sobre el cual estas iniciativas han construido sus metas y objetivos. Como explica Peter Busse, si bien esto se debe a todo un contexto institucional que impulsa el trabajo en esta área, también está relacionado a los medios que pueden satisfacer esta demanda o responder a esta problemática, siendo estos de fácil alcance o uso.

Considerando estas tres características, existen tres programas sumamente representativos de lo que ha sido y ha significado la salud digital en nuestro país, los cuales todavía en funcionamiento han propiciado en diferentes regiones la introducción de las tics en la salud materno infantil como son Wawared, Mamas del Río y Proyecto MAMA. Asimismo, dos políticas dirigidas desde el Ministerio de Salud como: GeoMINSA y Registro de Nacido Vivo que gestionan el uso de estas nuevas herramientas a nivel institucional. Estas cinco iniciativas, aunque diferentes, materializan la naturaleza de la digitalización en salud que

experimenta nuestro país y reflejan el panorama que atraviesan y han atravesado los casos de la presente investigación.

El Sistema WAWARED que forma parte del MINSA desde enero de 2017 ha transitado un largo camino hasta convertirse en una herramienta constantemente utilizada en la atención pre y postnatal de miles de ciudadanas alrededor del país. Como iniciativa fue creada en 2010 por un equipo de la Universidad Peruana Cayetana Heredia (UPCH) con la denominación de Proyecto WawaRed - Conectándose para una mejor salud materno-infantil en el Perú. Sin embargo, cuando el proyecto mostró ser exitoso y factible de replicar en otros espacios, demandó cambios que no fueron sencillos de realizar al demandar modificaciones directas en el manejo y almacenamiento de la información (Pérez - Lu et al., 2015). Aunque fueron solucionados y hoy en día su uso sigue ampliando, esta experiencia mostró la complejidad que implica “sistematizar” este tipo de proyectos a gran escala en un contexto tan variado como el nuestro.

Mamas del Río, es un proyecto que también surgió como una iniciativa dentro de la Universidad Peruano Cayetano Heredia (UPCH) y que, aunque sigue la misma línea de acción de WAWARED, tiene un público objetivo distinto. En esta iniciativa la promoción y protección de la salud materno infantil se desarrolla en ochenta comunidades localizadas entre el Río Ucayali y Marañón en los distritos de Nauta, Parinari y Saquena. Asimismo, el uso de las tics se extiende no solo a la atención de las gestantes y los recién nacidos, sino que también se encamina al entrenamiento y capacitación de las personas que estarán al cuidado de ellas. Lo cual implica un doble desafío considerando la precaria infraestructura tecnológica que existe en estos lugares y las brechas históricas de acceso a la salud e información.

Un último ejemplo representativo de como se ha venido trabajando en el área de salud digital y lo que ha implicado ello, lo constituye el Proyecto MAMA que actualmente opera en las regiones de Tumbes, Lambayeque, La Libertad, Ica y Ayacucho. Por medio de mensajes de texto que son enviados de manera semanal, la madre gestante o madre de un niño menor de tres años recibe información sobre el tipo de alimentación o cuidados que debe llevar durante estas etapas. Lo cual presenta un impacto no solo en sus actividades cotidianas

sino en el aumento de demanda de servicios de salud institucionalizados en aquellas regiones. Como los otros programas, trabajan de manera conjunta con otros actores como son los gobiernos regionales y reciben financiamiento de Help Perú, una organización encargada de mantener este tipo de iniciativas a través de donaciones de terceros.

Por otro lado, la primera de las iniciativas impulsadas desde el Ministerio de Salud es el aplicativo GeoMINSA que nace como proyecto en 2012 y cuya finalidad es informar sobre la capacidad y características de los centros de salud del MINSA y de los gobiernos regionales. Lo cual si bien es una referencia útil para los y las ciudadanas que se atienden en estos establecimientos, también permite a los tomadores de decisiones conocer cuáles son las demandas u ofertas de estos establecimientos. A grandes rasgos, este utiliza tecnología proporcionada por Google Maps con respecto a la ubicación y rutas de llegada, a lo cual agrega datos específicos como alerta epidemiológica, presupuesto, red de pertenencia, etc.

La segunda de estas iniciativas es el Sistema del Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea (CNV), como se mostró en los proyectos anteriores, la salud materno infantil ha sido más que una prioridad para el Estado y la sociedad civil en el uso de la tecnología. Así como el aplicativo de MINSA este registro trabajado de manera conjunta con el Registro Nacional de Identidad y Estado Civil (RENIEC) se da a conocer en 2012 y hoy en día sigue funcionando con determinados cambios y reformulaciones. Lo resaltante de este aplicativo es el hecho de que expone de manera clara la importancia del trabajo conjunto entre el MINSA como ente rector con otro tipo de actores como la RENIEC en aspectos fundamentales para los y las ciudadanas que pueden resolverse de manera oportuna y automática.

En este apartado se han tomado en cuenta aspectos distintos de lo que ha venido siendo la digitalización en nuestro país, considerando la normativa como uno de los ejes en donde continuamente se ha trabajado, hasta las barreras o dimensiones que siguen existiendo en el sistema de salud. Pero también, aquellas iniciativas que hasta el día de hoy siguen funcionando y aunque a pequeña o gran escala han llevado a la población las ventajas y beneficios de

las tics a la ciudadanía. Todo ello, no solo como un panorama en donde los casos estudiados se insertan sino como un telón de fondo que explica en parte la naturaleza de estos.



## Capítulo 2: Red Nacional de Telesalud del Ministerio de Salud

Los servicios de telesalud han sido aliados fundamentales para continuar con la prestación sanitaria desde que inicio la pandemia. Sin embargo, su introducción en nuestro país comienza mucho antes de ello. La Red de Telesalud del MINSA es una política pública que inicia en 2017 a cargo de la Dirección de Telemedicina (DITEL) como parte de la Dirección General de Telesalud, Referencias y Urgencias (DIGTEL). Aunque hoy en día, cuenta con 2341 instituciones de diferente nivel; llegar a esta cifra no ha sido nada sencillo<sup>12</sup>. Como su nombre lo indica, la red tiene la función de articular este tipo de servicios a nivel nacional; pero también de promover el uso de estos en los centros de salud por medio de diversas estrategias.

A grandes rasgos, los servicios de telesalud plantean el uso de las tecnologías de la información y comunicación en la provisión de servicios sanitarios. Uno de los principales objetivos de esta iniciativa es extender la cobertura prestacional en aquellos espacios que por condiciones geográficas, económicas o sociales carecen de una atención especializada y oportuna. Si bien, este tipo de servicios como parte de la salud digital destinan sus esfuerzos a los pacientes, plantean mecanismos para mejorar las capacidades y conocimientos del personal de salud constantemente.

Como sucede con el sistema de historias clínicas digitales o los sistemas de información como otras dimensiones de la salud digital, los beneficios que este tipo de servicios generan en la atención al paciente son considerables. Sin embargo, la introducción de las tics a estos espacios como sabemos dista de ser sencilla. Uno de los cambios y desafíos más grandes es que configuran una relación compleja entre los ciudadanos y el personal de salud<sup>13</sup>. En el caso de la Red de Telesalud, su desarrollo no puede entenderse sin tomar en cuenta el trabajo desarrollado desde DIGTEL como ente encargado y en especial de Liliana Má directora general de dicho órgano. A continuación, tomando en cuenta

---

<sup>12</sup> Última actualización 16 de noviembre de 2020

<sup>13</sup> Ver Anexo E: Constitución de la Salud digital



el contexto nacional e internacional favorable se expone el proceso de transferencia que ha permitido la construcción de esta política y su posterior institucionalización en el sistema.

La Red de Telesalud del MINSA, de manera singular ha atravesado las dos etapas que según Dussauge (2017) suelen experimentar iniciativas que provienen de un proceso de transferencia. Por un lado, desde su construcción la Dirección de Telesalud, Referencias y Urgencias se ha dirigido de manera determinada a ciertos objetivos. Por otro lado, ya a medida que esta iniciativa se ha establecido, este órgano y en especial la Dirección de Telemedicina han buscado impulsar de manera concisa un proceso de institucionalización.

## 2.1 Políticas de salud digital en marcha: Construcción de la Red Nacional de Telesalud (2017)

La primera etapa a grandes rasgos inició con la creación de la Dirección de Telesalud, Referencias y Urgencias a principios de 2017<sup>14</sup>. Por medio de esta unidad, se aseguró la gestión e introducción de las tics en los servicios de salud a nivel nacional (MINSA, 2017a). Dentro de esta unidad, el órgano encargado de liderar la articulación de los centros es la Dirección de Telemedicina. Conformada por un equipo multidisciplinario ha fortalecido el uso de la tecnología en las diversas regiones del país de acuerdo con los objetivos y metas planteadas. Aunque esta primera etapa está compuesta según Dussauge (2017) por cuatro micro estrategias, en este caso tres conceptos son fundamentales para comprender la trayectoria de esta política. En primer lugar, la conceptualización que se ha establecido sobre lo que comprenden o implican este tipo de servicios. En segundo lugar, el planteamiento de objetivos y fines. En tercer lugar, el contexto institucional que desde un principio ha albergado a esta iniciativa y al equipo que la impulsa.

### 2.1.1 La conceptualización como estrategia:

La conceptualización, como menciona Dussauge (2017) es clave en la primera fase de toda política, no solo como la primera micro estrategia sino como

---

<sup>14</sup> Decreto Supremo N° 008-2017-SA- "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"

base para el desarrollo de las demás herramientas que pueden utilizar las emprendedoras políticas. En el caso de la Red de Telesalud, su definición y sobre todo interpretación posee dos dimensiones fundamentales para canalizar el desarrollo que ha tenido durante todos estos años y la proyección para los próximos. Como lo muestra el siguiente gráfico, por un lado, existe un marco normativo que responde a formulaciones previas que desarrollan la naturaleza y elementos de la Telesalud y por otro, el trabajo que los profesionales de la dirección encuentran útil a partir de este. La conjunción de ambos elementos ha terminado dando forma y sentido a las principales características que posee la Red y énfasis a ciertos ejes dentro de la misma.

Gráfico 5.

*Relación entre el marco legal y la interpretación*



Fuente: Elaboración propia.

Como se menciona previamente, si bien la introducción sistémica de las tics es un proceso reciente, el uso de la tecnología en la provisión de servicios no tanto. En ese sentido, durante los primeros años de funcionamiento de la Red, la base de todo el trabajo realizado por DITEL fue la ley N° 30421 (Ley Marco de Telesalud). Como plantea este documento, los principios básicos que constituyen esta nueva dimensión de la salud responden a la búsqueda de la universalidad, equidad, calidad, descentralización, entre otros<sup>15</sup>. Estos principios establecen cierta lógica en la acción emprendida en estos nuevos servicios con

<sup>15</sup> Ver Anexo F: Principios de Telesalud (Ley N° 30421)

la finalidad de replicar el trabajo que se desarrolla en los establecimientos de salud.

El punto más importante de esta ley es que define de manera muy directa, dos conceptos que son fundamentales como la telesalud y telemedicina. En primer lugar, la telesalud es entendida como:

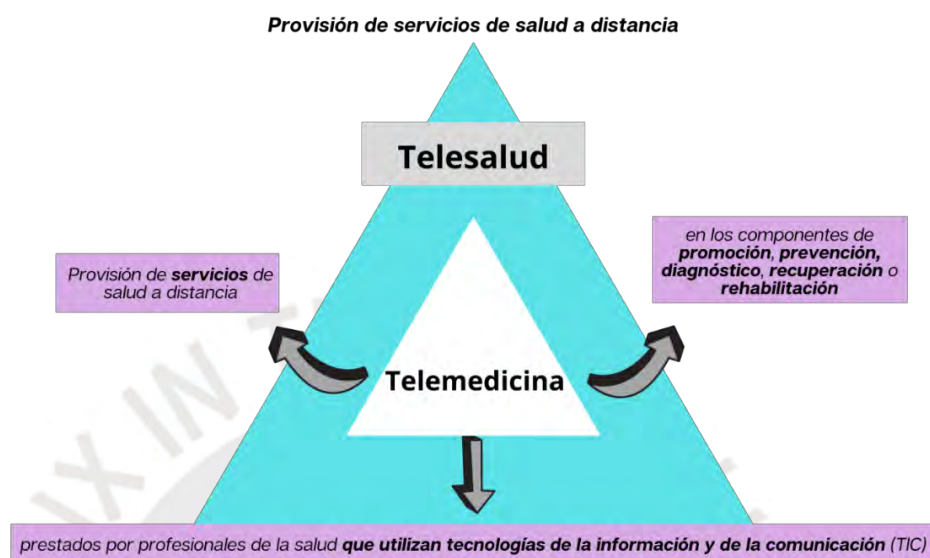
Servicio de salud a distancia prestado por personal de salud competente, a través de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), para lograr que estos servicios y los relacionados con estos sean accesibles a los usuarios en áreas rurales o con limitada capacidad resolutive (Congreso de la República, 2016, p. 1).

Desde este enfoque, la digitalización o virtualización no solo demanda la satisfacción de la demanda en zonas que carecen de este tipo de atención sino también la calidad. En segundo lugar, la telemedicina como parte de la telesalud, puede ser entendida como:

Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, recuperación o rehabilitación prestados por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población (Congreso de la República, 2016, p.1).

La relación entre ambos conceptos se expone en el siguiente gráfico, del cual puede desprenderse uno de los pilares más importantes que sostienen la Red de Telesalud: aunque estos servicios no necesariamente sustituyan la provisión presencial ni la relación paciente – profesional de salud, priorizan de manera directa el eje prestacional respondiendo a la brecha de atención que existe y ha existido en nuestro país.

Gráfico 6.

*Relación entre Telesalud - Telemedicina*

Fuente: Elaboración propia. En base a Congreso de la República, 2016, p. 1.

Es indudable, que esta ley resume de manera directa la naturaleza de la telesalud durante los primeros años y, por lo tanto, la actuación de la Red que acoge este tipo de servicios. Sin embargo, ¿cómo es que la Dirección de Telemedicina ha interpretado esta normativa? La conceptualización que ha construido el equipo de esta subdirección tiene principalmente tres características que han impulsado su trabajo y que explican la trayectoria de este. En primer lugar, para ellos la telesalud posee una definición que se sustenta sobre la provisión de servicios a distancia. Para la directora general Liliana Má<sup>16</sup>, esta nueva dimensión de la salud implica una mediatización de las tics para proveer la atención en salud a toda la población.

Considerando esta posición tomada por el equipo, es válida una comparación con la configuración desarrollada por Vitacca y otros (2009), según la cual los sistemas digitales de salud implican efectivamente un componente tecnológico, pero también institucional y sobre todo humano; donde los profesionales de salud refuerzan la protección de los pacientes como centro y objetivo de estas nuevas

<sup>16</sup> Entrevista personal realizada en marzo de 2021

políticas. En palabras de Cecilia López<sup>17</sup>, médico miembro de DITEL, el ciudadano es el principio y fin de todo el trabajo que se realiza desde la Red; más allá de que muchos beneficiarios no identifiquen aún con tanta claridad que vienen recibiendo esta nueva forma de atención. Como muestra el siguiente gráfico, existe toda una organización detrás de este enfoque.

Gráfico 7.

*Conceptualización de la Red Nacional de Telesalud*

**Dimensiones de Telesalud en DIGTEL**



Fuente: Elaboración propia. En base a Vitacca y otros, 2009, p. 92.

Es cierto, que esta perspectiva resulta mucho más válida considerando las características de los profesionales de salud; su formación, etc. Sin embargo, considerando la multidisciplinariedad del equipo de DIGTEL y DITEL, esta preferencia por el paciente es compartida por los otros miembros más allá de su procedencia académica. En ese sentido, ingenieros como Fernando Aquino ubican la telesalud como un mecanismo que con la digitalización mejora la calidad de vida de aquellos ciudadanos o ciudadanas que, por cuestiones geográficas, sociales o de otra índole carecen de acceso a estos servicios de manera presencial.

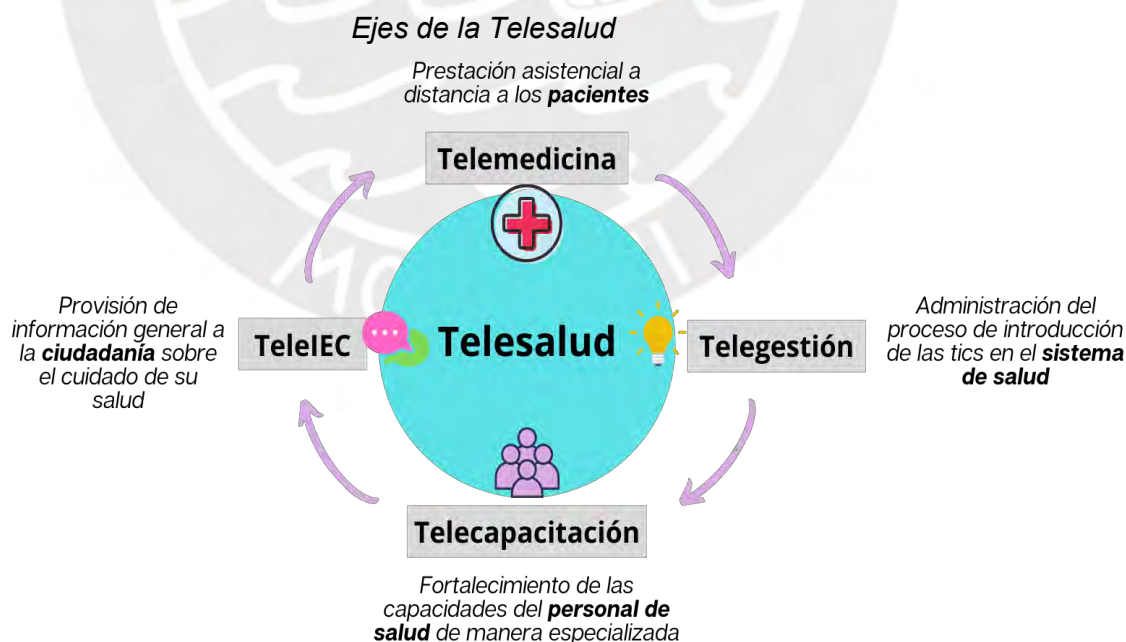
Aunque esta conceptualización sea sencilla y dialogue perfectamente con el marco normativo, uno de los rasgos más resaltantes de la Red se encuentra en

<sup>17</sup> Entrevista personal realizada en marzo de 2021

el tipo de servicios que priorizan y han priorizado durante estos años. En segundo lugar, esta definición viene acompañada de un gran esfuerzo por mejorar y anteponer el eje prestacional sobre los demás. La Telesalud, está integrada por cuatro dimensiones que, aunque comparten el uso de la tecnología para brindar servicios de telesalud poseen diferentes funciones y fines<sup>18</sup>.

En primer lugar, se encuentra la Telemedicina, que es la entrega de atención en salud a distancia. En segundo lugar, se encuentra la Tele-gestión que como su nombre lo indica provee el conocimiento necesario para que los centros de salud o los encargados de estos administren todo aquello relacionado con la digitalización en los servicios. En tercer lugar, la TeleIEC, que implica la información, educación y comunicación sobre salud ofrecida desde la Red a la ciudadanía. Por último, la Telecapacitación que persigue el fortalecimiento y desarrollo de capacidades especializadas por parte del personal asistencial. Estos cuatro ejes, demandan el uso de diferentes recursos y solo el adecuado funcionamiento de ellas consolida el desarrollo y la expansión de la Red; como lo muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 8.



Fuente: Elaboración propia. En base a MINSa, 2019a, p. 32.

<sup>18</sup> Decreto Supremo N° 003-2019-SA (MINSa, 2019a)

A pesar de que efectivamente estos ejes sean trabajados desde la dirección. En esta, ha existido una clara predilección por la Telemedicina (eje prestacional). Considerando la perspectiva de Valenzuela y Sibrian (2020), en DITEL funciona y emerge una lógica que podría ser calificada como “de cuidado”. La función de esta implica principalmente posicionar al paciente y la calidad de la atención que recibe como fin último y, por lo tanto, tener una actitud positivamente innata hacia la digitalización. La trayectoria de cada una de ellas y ellos muestra una clara afinidad no solo por cuestiones profesionales (ingenieros, radiólogos) con la tecnología sino una afinidad personal.

El tercer y último rasgo de esta conceptualización se basa en la definición que poseen sobre la misma tecnología. Por un lado, para el equipo de DITEL, la digitalización implica principalmente un proceso sencillo que no debe demandar un gran presupuesto sino una profesionalización basada en las herramientas que ya poseen los centros o los mismos profesionales. Como menciona Liliana Má, la digitalización comienza por pasos pequeños, pero significativos. Esta mirada por parte del equipo también responde a un contexto nacional donde ellos mismos reconocen sus limitaciones en un contexto donde la infraestructura tecnológica todavía sigue siendo muy frágil y limitada en aquellos espacios que más demandan su uso.

Por otro lado, este enfoque de la tecnología implica no solo ser un proceso sencillo para el equipo de DITEL sino también y sobre todo para el personal de salud. Apostar por tecnología cercana y cotidiana como menciona Cecilia López, implica no irrumpir de manera brusca o abrupta la provisión de servicios de salud. Lo realmente importante en este aspecto es que el equipo sea capaz de proveer el apoyo necesario a los profesionales de salud de manera constante y directa de acuerdo con las necesidades que se presentan o surgen.

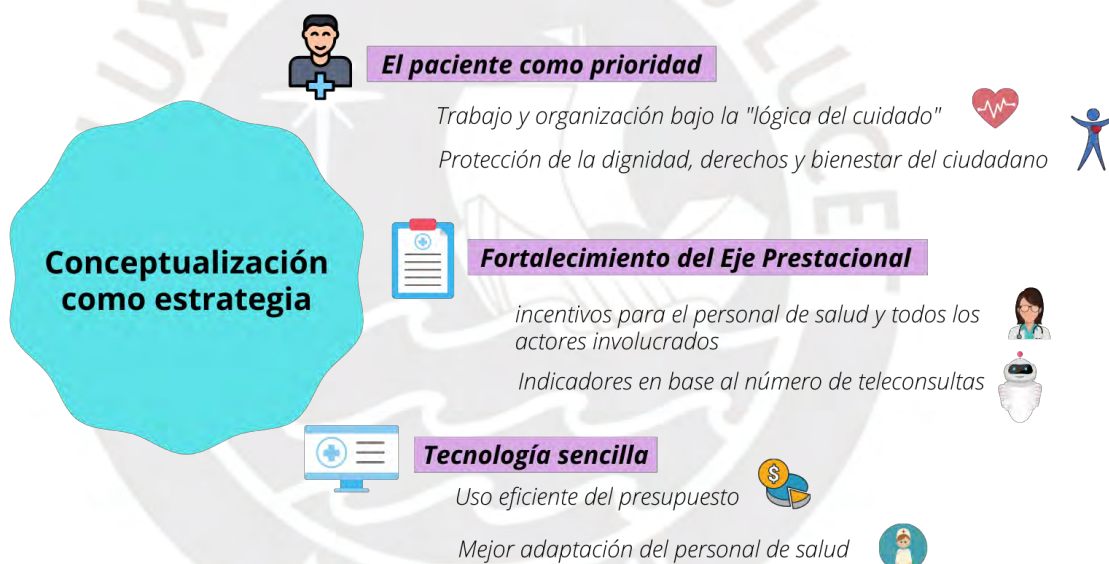
Considerando todo ello, aunque la conceptualización puede ser concebida como una micro estrategia básica ha sido fundamental para que una emprendedora de política pública como Liliana Má y en este caso, el grupo de trabajo que conforman DIGTEL y DITEL; sean capaces de establecer la trayectoria que seguirán a raíz de lo que entienden y conciben por telesalud. Priorizar la telemedicina, la tecnología sencilla y sobre todo al paciente no solo

son los rasgos más distintivos de la Red de Telesalud sino los objetivos y fines en sí mismo.

Como muestra el siguiente gráfico y el subtítulo de este apartado, la conceptualización es en sí misma una estrategia, que incluye un acercamiento teórico al fenómeno de la salud digital; pero también un acercamiento pragmático que responde no solo a un entorno relativamente precario para esta iniciativa en materia tecnológica y de capital humano si no a los intereses que poseen los actores directamente envueltos en este proceso. Como plantea Cynthia Téllez<sup>19</sup>, entender la digitalización de esta manera implica “romper el mito”.

Gráfico 9.

*Tres características de la digitalización desde la Red Nacional de Telesalud*



Fuente: Elaboración propia.

### 2.1.2 Un desarrollo por etapas:

Tomando en cuenta el tipo de conceptualización que se ha construido desde la Dirección de Telemedicina y la Dirección General de Telesalud, Referencias y Urgencias, el equipo que conforma este órgano ha transitado por una trayectoria determinada en este proceso de transferencia. El cual podría ser clasificado en tres grandes etapas, una etapa cero que implicó en palabras de Liliana Má, evaluar y realizar un diagnóstico de la situación de cada centro a nivel nacional; que le faltaba y que tenía. Luego, de manera más formal, la primera que inicia

<sup>19</sup> Entrevista personal realizada en abril de 2021



con la creación de la dirección y el acercamiento a lo que ellos consideran actores estratégicos y una segunda, que se desarrolla hasta el día de hoy e implica ofrecer y convencer a ciertos actores de las ventajas y beneficios que ofrece la telesalud.

#### 2.1.2.1 Primera etapa (2017): reconociendo el entorno y los aliados

Desde 2017, que inicia el trabajo de articulación de la red; ambas direcciones deciden acercarse de manera directa y convencida hacia ciertos actores que consideran fundamentales en este intento de digitalizar la salud de manera sistémica. El primer grupo de estos actores son los denominados centros especializados o de alta complejidad. Entre los cuales se encuentra uno de los casos también estudiados en la presente investigación como es el Hospital Hermilio Valdizán Medrano. Estas instituciones como su nombre lo indica cuentan con una cartera de servicios amplia como cirugía, internamiento, rehabilitación, etc. Pero también y mucho más importante cuentan con profesionales especializados en las áreas más demandadas a nivel nacional.

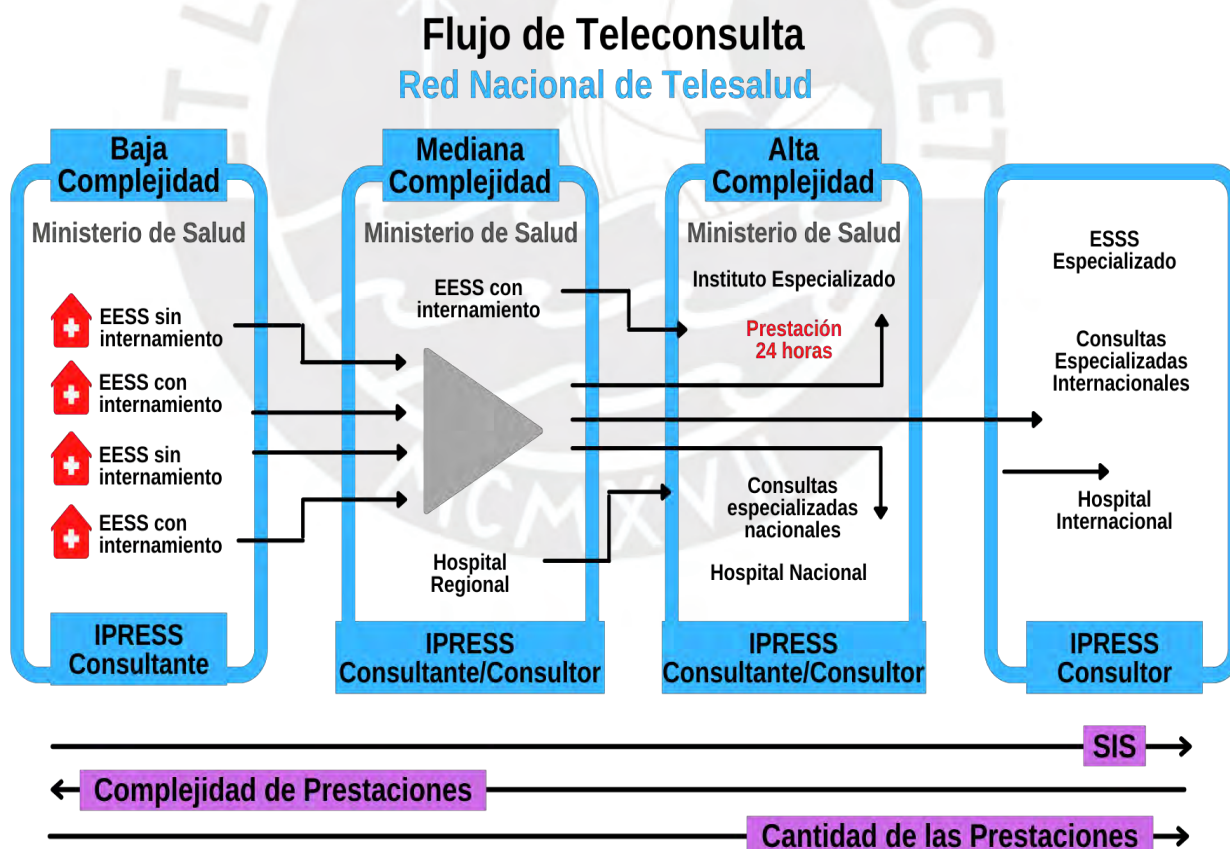
Como menciona Liliana Má, uno de los rasgos más distintivos del diagnóstico realizado en la etapa cero indicaba que muchos de los profesionales de salud (médicos) recurrían constantemente al uso de referencias médicas cuando no contaban con la especialidad que el paciente requería. Sin embargo, estas referencias derivaban al paciente a grandes ciudades como Lima, desconociendo que en la misma región existían centros especializados que podían responder de manera directa a ese tipo de atención. Con ello, se establecía el desconocimiento y desorganización como una de las grandes causas de la sobredemanda en ciertos centros de salud.

Teniendo este diagnóstico como evidencia, la misma naturaleza de la Red no plantea llevar a cabo un proceso integración inmediato de los centros a este espacio sino un proceso progresivo y de constante diálogo. En ese sentido, para DITEL y DIGTEL, era y es fundamental poder ofrecer servicios de calidad y de oportunidad a los centros de primer nivel en su papel de tele consultantes. Pero para ello, debe tener el apoyo y colaboración de quienes serán los tele-consultores. Es decir, es una estrategia que demanda de mucha coordinación interna y externa.

Estos actores como plantea Cecilia López a diferencia de otros centros por cuestiones de presupuesto, organización y funciones, es claro que contaban con los recursos necesarios; pero más importante que ello, era que tenían la voluntad para proveer este tipo de servicios a otros. Para lo cual como señala Cynthia Téllez, fue fundamental un elemento que ha estado presente durante toda la trayectoria de esta política como es la confianza de las direcciones frente a estas instituciones y viceversa. Sin este elemento, difícilmente la Red habría podido acercarse de tal manera a los futuros teleconsultantes considerando que el flujo de interacción que se genera con la telesalud a nivel nacional (e incluso internacional), demanda, ante todo, un trabajo articulado desde el principio hasta el final, como lo muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 10.

*Implicancias de la realización de Teleconsultas*



Fuente: MINSA, 2020c, p.23.

En esta primera etapa, además de los centros de alta complejidad, un segundo grupo de actores que son fundamentales son los coordinadores

generales de telesalud. La función de ellos se ha centrado principalmente en asistir de manera técnica y evaluar el proceso de implementación al establecerse como nexos entre las direcciones o gerencias de salud y DITEL (DIGTEL). Como menciona la Resolución Ministerial N° 117-2020-MINSA, el coordinador de telesalud es el:

Profesional de la salud de la DIRESA, GERESA y/o DIRIS, que es responsable de la asistencia técnica, para la implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación de los servicios de telesalud en la IPRESS de la jurisdicción de la DIRESA, GERESA y DIRIS y la elaboración del Plan Regional de Telesalud (MINSA, 2020a, p. 15).

Como plantea este documento, la presencia de estos actores considerando su rol regional y local, ha provisto de información fundamental a DITEL en esta primera etapa, aportando diversas especificaciones a las evaluaciones previas realizadas por esta dirección, pero tomando en cuenta el trabajo de las unidades territoriales. De cierta manera, han sido los encargados de allanar el camino para que la Red se acerque de manera directa a estos nuevos actores que con diversas características y en un ambiente tan complejo podían ser beneficiados con la introducción de las tics en los centros de salud.

Como menciona América Chang<sup>20</sup>, actual directora ejecutiva de DITEL y excoordinadora general del Hospital arzobispo Loayza (Lima), el acercamiento de ambas direcciones a través de la Red ha estado caracterizado por una comunicación y diálogo constante que ha tornado el proceso de introducción mucho más sencillo. Considerando las grandes resistencias y subjetividades; el personal de salud estaba relativamente acostumbrado a que el nivel central proponga cambios pero que, por diversas razones, estos no lleguen a materializarse y sean ellos de manera autónoma quienes intenten llevarlos a cabo. Sin embargo, para ella esta experiencia fue totalmente diferente y lo sigue siendo.

#### 2.1.2.2 Segunda etapa (2018): materializando los objetivos

Considerando que ya se habían establecido los dos pilares fundamentales para esta introducción sistémica de las tics (un socio estratégico y un

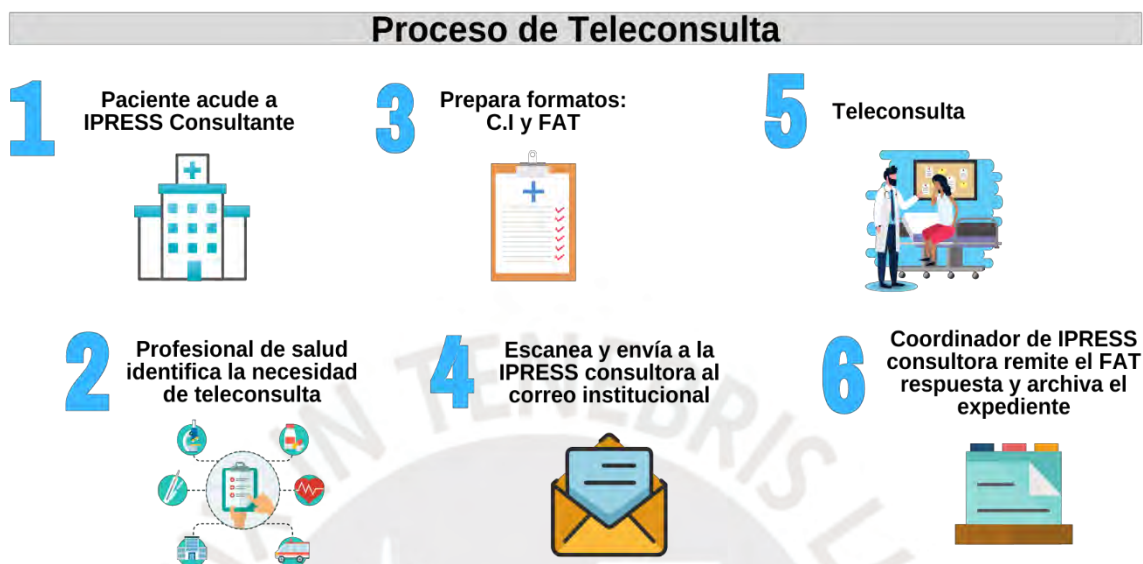
---

<sup>20</sup> Entrevista realizada en abril de 2021

representante permanente), en esta etapa se desarrolla el principal objetivo de la Red de Telesalud, la integración de los centros de primer nivel. Esta integración por supuesto ha estado caracterizada por el dinamismo y contraste considerando la particularidad de cada centro a nivel nacional y las subjetividades de los profesionales de salud. Tomando en cuenta ello, es factible hablar de dos dimensiones que explican la naturaleza y los giros en esta trayectoria. Por un lado, los obstáculos y barreras que hoy en día todavía está buscando superar y, por otro lado, las herramientas y recursos con los que han contado DITEL y DIGTEL para gestionar ello. Ambos aspectos revelan como una iniciativa más allá de los fines que persigue difícilmente puede desarrollarse obviando el entorno político que la rodea.

Sin embargo, antes de analizar ambas dimensiones; es importante conocer que implica la implementación de un servicio tan representativo de la Red de Telesalud como es la teleconsulta. Aunque esta herramienta pueda ser entendida como la virtualización de un servicio habitual para los profesionales de salud. Su materialización implica un flujo de trabajo considerable que ha demandado un gran trabajo por parte de DITEL a todo nivel. Coordinar la interacción entre los diferentes actores en este proceso en un entorno marcado por diversas necesidades, subjetividades, obstáculos y medios es sumamente complicado, como se muestra a continuación.

Gráfico 11.

*Requisitos para realizar una Teleconsulta*

Fuente: MINSA, 2020c, p.24.

En primer lugar, la implementación de las políticas de salud digital; implican más que la compra o adquisición de herramientas tecnológicas, una transformación en la provisión de este tipo de servicios. Diversos autores y autores (Gagnon et al., 2008) han coincidido en mencionar a dos aspectos como las principales barreras en este proceso de cambio. Por un lado, la precaria infraestructura tecnológica característica de muchos países de la región y por otro, la disposición del personal de salud con respecto a esta forma de ejercer sus funciones. En el caso de la Red de Telesalud, estos obstáculos están más que presentes a nivel nacional y aunque no han paralizado el trabajo de DITEL y DIGTEL, definitivamente han llevado sus esfuerzos al límite.

La brecha tecnológica y digital que posee nuestro país como menciona Peter Busse, ha disminuido de manera sostenida durante los últimos años, pero como muestra el gráfico posterior, no ha asegurado un acceso universal a servicios como internet sobre todo en aquellas zonas que más demandan de ellos. Aunque desde DITEL se reconoce que esta es una realidad que afecta su trabajo, también se tiene claro que esta condición escapa de su margen de acción y de sus posibilidades. En ese sentido, para Liliana Má, la mejor respuesta que le han podido dar a ello; es su apuesta por tecnología sencilla que no implique ni un

gasto excesivo ni una infraestructura demasiado sofisticada para los fines que se persiguen.

Tabla 8.

*Uso de las tecnologías de la información y la comunicación entre 2000 y 2017*

Periodo		2000	2017
<b>Uso de Internet</b>	%	3,08%	48,73%
<b>Suscripciones a teléfonos fijos</b>	%	6,63%	9,58%
	c/100 habitantes	1,7	3,1
<b>Suscriptores a celulares móviles</b>	%	4,92%	120,98%
	c/100 habitantes	1,3	38,9

Fuente: Elaboración propia. En base a MINSA, 2020b, p. 18-19.

Tabla 9.

*Cobertura de Internet a nivel nacional*

Lima	Zonas urbanas	Zonas rurales
48%	34%	1,5%

Fuente: Elaboración propia. En base a MINSA, 2020b, p. 18 -19.

Sumado a este gran, pero manejable obstáculo. Lo que se ha definido como “resistencia al cambio” ha sido el mayor impedimento para la integración de nuevos centros de salud a la Red. Esta resistencia o en algunos casos negación, aunque posee diversos motivos para Elizabeth Espinoza, puede clasificarse principalmente en dos: resistencia por desconocimiento que suele presentarse en los profesionales de mayor edad no habituados al uso de la tecnología y resistencia al control que por el contrario no posee un grupo de edad definido y que busca evitar que se implanten en el sistema de salud mecanismos que generen mayor monitoreo y seguimiento de lo que se realiza en este.

Sin duda, estas barreras han debilitado y ralentizado el trabajo realizado desde DITEL y DIGTEL mucho más que la precaria infraestructura tecnológica. Sin embargo, así como han existido estos desafíos, las direcciones también han estado provistas y han construido diversos mecanismos que les permitan responder y seguir trabajando. En ese sentido, en segundo lugar, se encuentra lo desde la dirección han denominado herramientas de gestión. Estos medios

formulados por el equipo han tenido principalmente un enfoque basado en la persuasión y la profesionalización del personal de salud.

En primer lugar, se encuentran los Convenios de gestión, este mecanismo fundamental en la promoción de la gestión por resultados plantea múltiples ventajas para el Ministerio de Salud en general y DITEL en particular. Por un lado, como menciona Liliana Má facilitan la negociación y coordinación con actores a nivel regional y local como las DIRESAS, GERESAS o DIRIS; cuya participación es fundamental en este proceso. Por otro lado, establecen un número considerable de compromisos por cada una de las partes, así como el plazo en el que deben cumplirse. Incluyendo indicadores que midan el progreso que se ha alcanzado en cada uno.

En segundo lugar, desde una dimensión normativa, tener un marco regulatorio avanzado y sólido desde hace varios años le ha permitido a la dirección acercarse de manera decidida y directa a los encargados de cada centro de salud. Lo cual se debe principalmente a dos razones: por un lado, define de manera clara que pasos se deben seguir desde la dirección como desde los centros en este proceso de introducción. Por otro lado, y de manera mucho más significativa; como plantea Liliana Má, en el sistema de salud en general, para los médicos resulta fundamental tener un respaldo que justifique sus acciones y decisiones; de manera sencilla: “papelito manda”.

En ese sentido, como explica Cynthia Téllez, cuando ha sido necesario desde el área legal se han realizado las modificaciones pertinentes como fue el caso de la Ley Marco de Telesalud N° 30421. En el caso de esta ley, uno de los cambios que se realizó permitió que los servicios de telesalud pudieran brindarse en aquellos centros que demandarán de ellos más allá de la ubicación geográfica de los mismos. Para lo cual, se amplió el concepto para que superará la definición que las restringía únicamente a las zonas rurales o “alejadas”. Este cambio, trajo consigo que muchas regiones que no eran consideradas dentro de la categoría comiencen a trabajar con estos medios.

En tercer lugar, para Isabel Cotrina<sup>21</sup>, exdirectora ejecutiva de DITEL, la realización de capacitaciones constantes dirigidas por el personal de soporte informático y los coordinadores de telesalud de cada centro de manera presencial o virtual han sido un punto fundamental en la formación y adaptación digital del personal de salud. Asimismo, la construcción de una relación cercana y amigable entre estos profesionales y las tics se ha reforzado por medio de las telecapacitaciones que han provisto de información técnica y especializada siguiendo un cronograma establecido.

Como considera, América Chang, siendo el desconocimiento y miedo dos de las causas de esta férrea resistencia en los profesionales de salud; la provisión de telecapacitaciones en áreas especializadas que a su vez refuerzan el manejo de la tecnología era doblemente beneficioso para los fines de la Red. Pues, por un lado, de manera indirecta inciden en el tipo y calidad de atención recibida por los pacientes y por otro lado, mejoran las habilidades digitales de los mismos quienes muchas veces por vergüenza a equivocarse se niegan a ser parte de esta nueva forma de relacionarse con la ciudadanía.

En último lugar, desde la dirección han considerado que tan relevante como utilizar y construir todo este tipo de mecanismos es convencer y persuadir a los encargados de las ventajas de estar inmersos en la Red. Uno de los puntos más débiles de la digitalización ha sido su gran dependencia de la voluntad o disposición de los encargados (funcionarios en general) a adoptar esta nueva política. En ese sentido, para la dirección ha sido factible mostrar casos representativos que muestren la reducción de costos que implica realizar teleconsultas, tele-diagnóstico, etc., y las mejoras que su uso conlleva para los pacientes y en general los y las ciudadanas.

Tomando en cuenta estas cuatro estrategias y grandes desafíos como menciona Cecilia López, la Red siempre ha tenido la finalidad de integrar al mayor número de centros de acuerdo con su nivel de especialización y respuesta. Sin embargo, considerando la naturaleza de esta, el máximo criterio

---

<sup>21</sup> Entrevista personal realizada en febrero de 2021



para acercarse a ellos es tomar en cuenta los recursos que poseen y la disposición al cambio. En sus palabras: “los que pueden y los que quieren”.

### 2.1.3 ¿Qué acoge este proceso de digitalización?

Cómo se sabe, todo tipo de política y sobre todo aquellas que provienen de los procesos de transferencia, son introducidas en un contexto preexistente que es modificado por los emprendedores de política. En el caso de la Red de Telesalud, el contexto institucional e histórico que ha caracterizado al sistema de salud y al Ministerio de salud es sumamente relevante. Por un lado, desde 2013 a nivel nacional se ha impulsado un proceso de reforma que implica una transformación de los servicios de salud. Por otro, el ambiente institucional que ha acogido esta nueva política ha expresado ciertas particularidades en la formación DIGTEL y DITEL.

#### 2.1.3.1 Camino hacia la Reforma del Sistema de Salud:

Desde fines de 1990, uno de los temas más mencionados y debatidos a nivel nacional, ha sido la necesidad de reformar y modificar el sistema de salud peruano. Y aunque se llevaron a cabo determinados pasos en este intento, el mayor cambio comenzó a gestarse a partir de 2013. Como indican Velásquez y otros:

La Reforma se realizó siguiendo los principios de la Constitución Política del Perú que considera a la salud como un derecho e impone al Estado realizar acciones necesarias para lograr que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud en condiciones de equidad y calidad (2016, p.547).

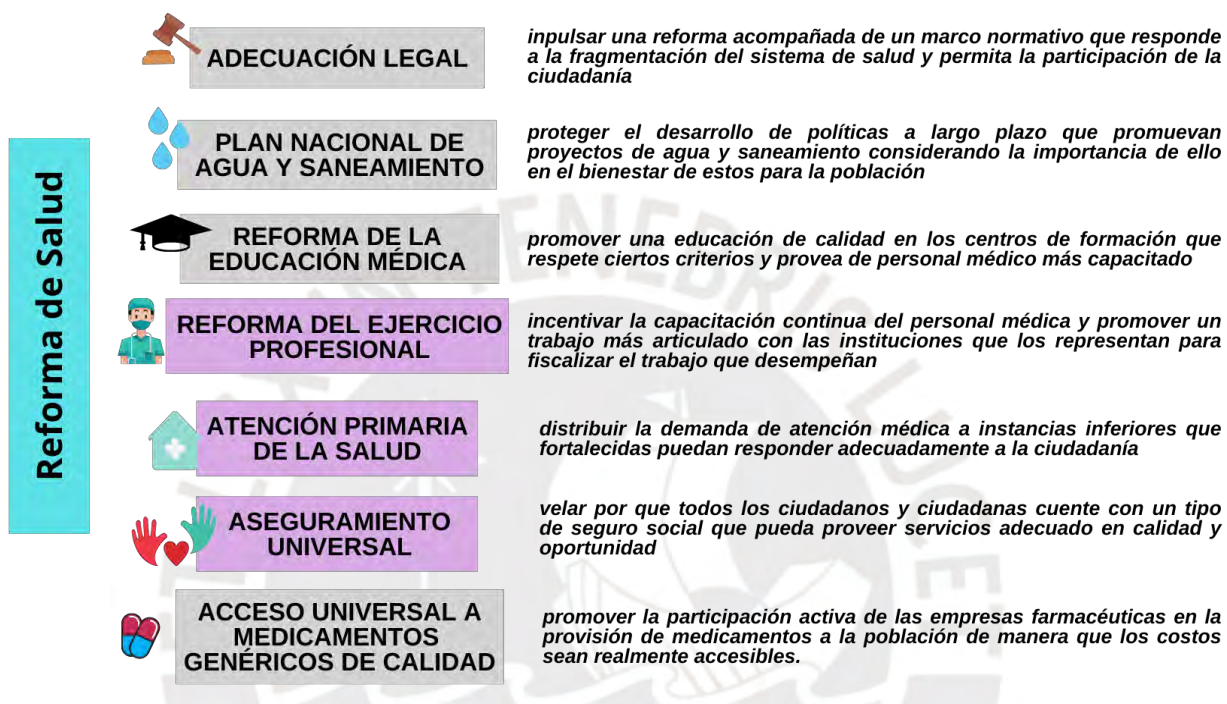
Este objetivo, ha implicado una transformación a gran escala en el MINSA, así como la creación de otros organismos cuya acción proteja y fortalezca este proceso.

Definitivamente modificar todo un entorno institucional no ha sido un tarea sencilla ni inmediata. Por el contrario, como menciona Uceda, “la reforma de la salud es un proceso largo y costoso que abarca al Estado, las instituciones, los gremios y las profesionales del sector Salud” (2015, p.94). En ese sentido, ¿cómo es que la introducción de las tics y de manera mucho más específica la creación de la Red de Telesalud se ha insertado en este proceso? A grandes

rasgos, la reforma posee diversos ejes de trabajo e intervención como lo muestra el gráfico posterior.

Gráfico 12.

*Pilares de la Reforma de Salud (2013)*



Fuente: Elaboración propia. En base a Uceda, 2015, p. 95-98.

Tres de los objetivos más importantes son: la cobertura y aseguramiento universal, el fortalecimiento de la atención primaria y la reforma del ejercicio profesional. Los cuales, de manera innegable están relacionados con el uso de la tecnología en el sistema de salud y con la implementación de diversas políticas del mismo aspecto. En primer lugar, como se menciona previamente el mayor objetivo que persigue la Red de Telesalud es que aquellos centros que brinden servicios a distancia estén incorporados en un mismo espacio donde sigan pautas previamente establecidas y desarrollen un plan de trabajo a largo plazo. Con la finalidad de que sean capaces de reducir con este tipo de atención una brecha asistencial que ha existido desde hace muchos años a nivel nacional sobre todo en aquellas zonas más precarias.

Este énfasis en la dimensión asistencial de la Telesalud como es la Telemedicina; si bien es una conceptualización propia, está considerablemente

influenciada por los objetivos que establece la Reforma de Salud. Universalizar la cobertura, implica responder a una demanda existente, pero priorizando las instancias más urgentes y necesarias. Para el equipo de DITEL, no es solo brindar, en este caso más servicios sino de mejor calidad para la población que los recibe. Esta interpretación se observa principalmente en dos situaciones: por un lado, como menciona Liliana Má, desde la Red se trabaja de manera articulada con los hospitales que pertenecen al Seguro Integral de Salud (SIS). Estos centros, más allá del nivel de complejidad, cuentan con coordinadores de telesalud y con un presupuesto destinado para esta área.

Por otro lado, el tipo de indicador que utilizan en DITEL para monitorear el avance entorno a sus objetivos y que es replicado a nivel regional y local por las diferentes DIREAS, GERESAS y DIRIS enfatiza directamente el número y tipo de tele consultas que se realizan y en relación con que otros centros o instituciones se hacen.

En segundo lugar, otro eje sumamente importante de esta reforma es el fortalecimiento de la atención primaria. Durante los últimos meses, considerando la sobresaturación de los centros de salud, constantemente se ha hecho referencia a la importancia que tienen los centros de menor especialización como primera respuesta a la ciudadanía cuando su padecimiento no necesita mayor intervención. Sin embargo, este no es un impulso reciente desde el Estado, sino que lleva años. Desde DITEL no solo se ha buscado ampliar la cobertura sanitaria, sino hacerlo de la mano de cierto tipo de actores. Por un lado, como mencionamos previamente, aunque la Red trabaje con todas las instituciones a nivel nacional; sus mayores esfuerzos están centrado en los centros con menor especialización.

Por otro lado, este impulso que se genera por medio de la Red a la atención primaria tiene su máxima expresión en todo lo que implica una teleconsulta. Con una teleconsulta no solo se proveen servicios a distancia sino de manera directa se rompe una cadena que acumula toda la carga de atención en los centros de alta y mediana especialización. Como muestra el siguiente cuadro, la mayor parte de las regiones forman parte de la Red, más allá del nivel de complejidad

de sus centros; los cuáles en iguales condiciones se han integrado a este espacio.

Tabla 10.

*Integración de los centros a nivel nacional 2019*

Regiones	Nivel de Atención			Total
	1er Nivel	2do Nivel	3er Nivel	
Amazonas	32	5	0	37
Áncash	45	12	0	57
Apurímac	244	4	0	248
Arequipa	93	3	3	99
Ayacucho	252	9	0	261
Cajamarca	63	8	0	71
Callao	5	2	1	8
Cusco	55	6	2	63
Huancavelica	262	4	0	266
Huánuco	40	3	0	43
Ica	48	5	0	53
Junín	26	6	2	34
La Libertad	43	17	4	64
Lambayeque	33	2	1	36
Lima Metropolitana	352	6	19	377
Lima Provincias	41	6	0	47
Loreto	28	4	1	33
Madre de Dios	13	1	0	14
Moquegua	25	2	0	27
Pasco	11	3	0	14
Piura	71	4	0	75
Puno	9	4	0	13
San Martín	25	8	0	33
Tacna	14	1	0	15
Tumbes	16	2	0	18
Ucayali	35	2	0	37
<b>Total</b>	<b>1881</b>	<b>129</b>	<b>33</b>	<b>2043</b>

Fuente: MINSA, 2020b, p. 19-20

En tercer lugar, la introducción de la tecnología también responde a una búsqueda de mejora en el ejercicio profesional. Aunque la tele capacitación se configuro más como un medio frente a los profesionales e la salud y no necesariamente como el pilar fundamental sobre el que construye la Red, ha sido un eje desarrollado sostenidamente por la dirección. Una tele capacitación que como se mencionó incluye el manejo de las herramientas digitales, pero también la formación calificada en la prevención y tratamiento de diversas patologías. Así como el equipo a cargo busca coordinar las teleconsultas requeridas, también promueve la participación de instituciones especializadas en variados temas de acuerdo con un cronograma mensual. Como menciona Fernando Aquino, la Red debe configurarse como un articulador, pero también coordinador y ofertante de aquello que necesiten los centros para incentivar su integración y generar confianza.

#### 2.1.3.2 Contexto institucional: pensando en el entorno más cercano

Así como el contexto histórico ubica a esta política de salud digital como un impulso válido que responde a muchos ejes de una reforma necesaria. La red, también se ha insertado en un contexto institucional que ha influenciado la trayectoria que ha tomado. Como se mencionó previamente ninguna iniciativa se construye en el vacío, sino que responde y es respuesta de un entorno complejo y diverso. En el caso del Ministerio de salud, la Red forma parte de la Dirección de Telemedicina, que, a su vez, forma parte de la Dirección de Telesalud, Referencias y Urgencias del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.

¿Qué implica ello? En primer lugar, la Dirección de Telemedicina se desarrolla en una ubicación intermedia dentro del ministerio como lo muestra el gráfico posterior. En ese sentido, cumple un conjunto de funciones directamente relacionadas con el desarrollo y funcionamiento de la Red como es la producción de normas, programas, proyectos, planes o investigaciones que aporten al proceso de digitalización que se viene experimentando. Poseer esta rectoría si bien le permite tomar decisiones de manera autónoma, también implica cierta capacidad por parte de este ente para coordinar y trabajar de manera conjunta

con diferentes entidades dentro y fuera del ministerio como otras direcciones o gobiernos regionales y locales.

Gráfico 13.

*Organización Institucional en el Ministerio de Salud*



Fuente: MINSA, 2020c, p.16.

Si bien esta coordinación se ha vuelto mucho más fluida y constante a medida que han pasado los años, no siempre ha sido así. Como menciona Cecilia López, aunque la digitalización es una realidad para mucho de los miembros del equipo, para la ciudadanía y otros actores, todavía sigue siendo un servicio lejano. Muchos de los pacientes que acceden a este tipo de servicio de manera directa o indirecta y que lo han hecho en mayor número a partir de la pandemia no conocen con exactitud el tipo de transformación que ha implicado ello. Pues, para la mayoría esta es únicamente una respuesta frente a la contingencia que experimentamos.

A ello, se le suma el hecho de que DIGTEL, a diferencia de otras direcciones es un órgano sumamente joven dentro de MINSA (menos de 5 años) y sus funciones a exactitud están siendo recientemente divulgadas. Como menciona Liliana Má, para muchos de sus colegas la telesalud en general era una función desconocida y en ese sentido iban sus cuestionamientos a la existencia de una

dirección que se encargue de promoverla. En cierto sentido, la promoción de la Red y el trabajo de DITEL han implicado un acercamiento y convencimiento dentro y fuera del ministerio.

En segundo lugar, la posición de la dirección también ha estado influenciada por la naturaleza institucional que posee el mismo Ministerio de Salud. Considerando la fragmentación del sistema de salud, el ministerio a diferencia de otras entidades como EsSalud o las Fuerzas Armadas tiene un carácter mucho más flexible y horizontal. Como menciona Isabel Cotrina, la misma red busca que de manera voluntaria sean los centros de salud, quienes decidan integrarse a ella. Aunque definitivamente ello, ha podido retrasar el proceso de expansión; también permitido que este proceso sea mucho más diverso y abierto y que quienes realmente se involucren en ella, trabajen de manera consciente en su desarrollo.

Como puede observarse en esta primera etapa de construcción, la transferencia de esta política ha estado relacionada principalmente a conceptualizar la telesalud y los ejes que la conforman para con ellos establecer los objetivos y fines sobre los cuáles se ha establecido el trabajo a nivel nacional. Este punto que ha sido clave para el desarrollo de esta iniciativa en sus dos etapas se ha insertado en un entorno institucional complejo pero muy beneficioso para el trabajo de la Dirección General y la Dirección de Telemedicina. Considerando todo ello, la presencia y participación de Liliana Má en cada uno de estos aspectos es más que relevante y notoria.

## 2.2 Institucionalización de la Red Nacional de Telesalud (2019):

Retomando la clasificación desarrollada por Dussauge (2017), en la etapa de institucionalización el principal objetivo es proteger la expansión y desarrollo de la política pública y sentar las bases necesarias para mantenerla a largo plazo. En el caso de la Red, este proceso a grandes rasgos ha iniciado a principios de 2019; donde dos elementos han sido mucho más notables y decisivos para continuar y reforzar las acciones previas. Por un lado, a diferencia de la etapa de construcción; se ha formulado normativa más puntual con respecto a las manifestaciones recientes que han surgido de la salud digital. Por otro lado, estas

nuevas regulaciones han ido acompañadas de una nueva conceptualización de la dirección con respecto a sus funciones y su identidad.

### 2.2.1 ¿Qué cambios han buscado y hacia donde se dirigen?

Como mencionamos previamente, uno de los elementos que más fortalece a una política pública es la existencia de un marco normativo que no solo promueva su introducción, sino que posibilite su permanencia a largo plazo. Desde DITEL, esta premisa ha sido clara desde el principio. Sin embargo, reconociendo que todo cambio normativo implica un conjunto de negociaciones y acuerdo previos. Tomando en cuenta esta necesidad, pero también estas limitaciones, dos documentos son fundamentales para comprender el ímpetu institucional entorno a la telesalud. En primer lugar, el Decreto Supremo N° 003-2019 que reglamenta la Ley N° 30421 (MINSA, 2019a) y, en segundo lugar, el Plan Nacional de Telesalud 2020 – 2023 (MINSA, 2020b).

Si ya existía una reglamentación previa que de cierta manera había permitido avanzar en el proceso de digitalización. ¿Cuál es la necesidad de introducir estos nuevos términos? Las razones que justifican estas medidas pueden clasificarse de la siguiente manera: en primer lugar, como otras políticas la conceptualización que se ha adoptado de la salud digital si bien ha cumplido funciones importantes también ha limitado y restringido el uso de esta afectando su expansión. En segundo lugar, como toda innovación dentro de la gestión pública, la telesalud ha cambiado durante estos pocos años y ha adquirido diversas manifestaciones que deben ser identificadas y formalizadas. En tercer lugar, promover la sostenibilidad de la política y exponer el orden de prioridad que posee. En resumen, con ella se busca corregir errores, ampliar la posibilidad de cambio y consolidar su presencia.

En primer lugar, como menciona Isabel Cotrina, la Ley N° 30421, fue un paso fundamental para comprender la naturaleza de la telesalud en un país como el nuestro y la importancia de su introducción en la provisión de servicios a la ciudadanía. El marco normativo que acogió durante años esta ley, sin embargo; no era el adecuado si lo que se buscaba era propiciar una expansión considerable de la Red a muchas más regiones y en muchas más especialidades médicas. ¿Cuál era el mayor riesgo que se enfrentaba la dirección? Por un lado,



con la legislación previa se facultaba únicamente a un grupo de actores muy limitado en el ejercicio de estos nuevos servicios. Por otro lado, no existía mayor desarrollo sobre los derechos de los pacientes con respecto a la protección de sus datos e información personal, muchas veces confidencial.

Como plantea Cynthia Téllez, con el decreto supremo N° 003-2019, se amplía notablemente el número de servidores públicos que pueden proveer de este tipo de servicios. Como establece la ley, se menciona en general cuales son las funciones que debe cumplir el personal de salud (MINSa, 2019a). ¿Qué implica ello? Ahora se incluye no solo a los profesionales de salud, sino también a los técnicos y auxiliares asistenciales; estableciendo que, todos tienen un conjunto de deberes que cumplir con respecto al manejo de la tecnología y con respecto al respeto y consideración hacia los pacientes. Más allá, de la particularidad de su formación académica, deben responder a un reglamento que indica ciertos criterios y condiciones en el desarrollo de su labor.

Otro punto fundamental, es que este decreto de manera mucho más específica plantea que medidas debe tomar el personal y los encargados de gestionar la Red para proteger de manera sostenida y sustentable los datos e información sensible de los pacientes. En el capítulo III, se establece que “la implementación y desarrollo de los servicios de Telesalud asegura la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, según lo establecido en el marco legal de la protección de datos personales y de seguridad de la información” (MINSa, 2019a, p. 33). Si bien, este paso es sumamente importante, el reglamento busca proponer la participación de los pacientes, considerando como paso esencial en la atención un consentimiento informado para que sus datos sean tratados o transferidos de ser el caso.

En segundo lugar, como se menciona previamente las innovaciones en salud digital han sido una constante en el desarrollo de la Red de Telesalud. Si bien, han sido la telemedicina, telegestión, teleIEC y telecapacitación los cuatro ejes constantemente promovidos, diversas manifestaciones han surgido de ellas. Ello es sumamente positivo, si consideramos que estas nuevas ramas pueden beneficiar a los pacientes y promover una mejor atención. Sin embargo, también plantea un claro desafío. Para Liliana Má, en el sistema de salud; la subjetividad

del personal médico exige la existencia de cierta reglamentación que justifique y sustente las acciones o decisiones que pueden tomar en este espacio.

Siendo en general, el cuidado de la vida, un campo tan sensible, el tratamiento con nuevas herramientas también lo es. Por ello, como detalla la directora general, mientras más especificidad exista entorno a las variaciones de estos servicios mucho más confiado y receptivo se encontrará el personal a incluirlas en sus funciones diarias. Considerando ello, el reglamento de manera clara establece, que además de los cuatros ejes tradicionales, se consideran servicios de telesalud a, “otros de carácter técnico relacionados a la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación en los servicios de Telesalud” (MINSa, 2019a, p. 32). Por supuesto, que ello no abre la puerta a una consideración personal por parte de cada centro de salud a nombrar o incluir todo tipo de servicios, sino que demanda la actualización de estos a los cambios que se generan dentro de DITEL.

En tercer lugar, esta nueva formulación legal tiene como finalidad exponer la prioridad y pertenencia que la Red como política tiene en el sistema de salud peruano. Declarar de interés nacional este tipo de servicios, implica proveer a DITEL de los recursos necesarios para responder a las demandas de los diversos centros con la organización adecuada. Como menciona el reglamento, “se faculta al Ministerio de Salud a presupuestar y gestionar los recursos necesarios ante las instancias correspondientes para incorporar la Telesalud en el Sistema Nacional de Salud” (MINSa, 2019a, p.34). Para Cynthia Téllez, ello no es solo un acto declarativo, pues en un contexto donde la digitalización a nivel nacional era cada vez más clara mediante la creación de la secretaria Digital era fundamental que ellos también tengan herramientas no solo para integrarse al cambio sino para liderarlo.

Considerando ello, el Decreto Supremo N° 003-2019 es un punto clave para comprender la trayectoria posterior pues no solo ha ampliado las posibilidades técnicas y administrativas de la Red sino también políticas. De manera que, incluso en un contexto tan complejo y apremiante como el de la crisis sanitaria, haya sido capaz de publicar el primer Plan de Telesalud 2020 – 2023 (MINSa,

2020b); cuyas características lo sitúan como un elemento clave en esta etapa de consolidación.

En primer lugar, este segundo documento no solo incorpora una mirada sectorial de lo que implica el desarrollo de la telesalud en el Perú, sino que aporta una mirada general del recorrido que ha tenido el proceso de digitalización a nivel nacional. Como se mencionó previamente, la introducción de la tecnología en la provisión de servicios demanda mucho más que la compra o adquisición de herramientas tecnológicas, pues su funcionamiento solo es posible si existen un conjunto de requisitos externos que superan la capacidad que posee la dirección y en general el mismo ministerio.

Este “diagnóstico situacional”, permite ubicar a la Red Nacional de Telesalud como una iniciativa que responde a un proceso de desarrollo global y nacional, donde diversos actores han expuesto las ventajas que poseen este tipo de políticas para la ciudadanía. Por un lado, organizaciones especializadas en salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o promotoras del respeto a los derechos humanos como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) han evidenciado los beneficios que la digitalización trae en la provisión de bienes y servicios a todas las poblaciones, pero sobre todo a las más necesitadas.

Como menciona Cecilia López, tanto para DITEL como para DIGTEL, ha sido significativo repensar los objetivos y fines que poseen en un marco de acción más amplio como son los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2017). Como muestra el siguiente gráfico, dialogar con metas de una agenda compartida permite considerar que el cuidado del ciudadano no se restringe únicamente a la atención médica.

Gráfico 14.

*Compromisos globales para la digitalización*

Fuente: Elaboración propia. En base a MINSA, 2020b, p.7 -9.

Por otro lado, como se observa un diálogo entre el proceso de digitalización nacional y la expansión de la Red de Telesalud, también se observa un entorno institucional cohesionado donde la red se inserta de manera directa en los objetivos sectoriales e institucionales que se ha planteado el MINSA considerando la Reforma iniciada años previos.

En segundo lugar, el Plan Nacional de Telesalud 2020 – 2023 (MINSA, 2020b), al incluir la planificación de actividades y objetivos que desarrollará la dirección durante los próximos años toma en cuenta un aspecto sumamente importante. Considerando los cambios que ha ocasionado la crisis sanitaria, la red no solo se ha expandido, sino que se ha fortalecido en cada región. Lo cual, aunque es ventajoso, como menciona Styp Canto<sup>22</sup>, no será el panorama posterior a la pandemia cuando se retome de manera íntegra la atención

<sup>22</sup> Entrevista personal realizada en abril 2021

presencial. Por ello, es necesario mantener ese ritmo de trabajo e innovación en los cuatro ejes de telesalud, siendo el medio más efectivo, el planteamiento de metas. Así como establecer un presupuesto que se distribuya equitativamente entre las unidades que forman parte de esta política para que efectivamente puedan responder a las funciones encomendadas.

A grandes rasgos, estos dos documentos que regulan de manera más específica las manifestaciones de telesalud y establecen un camino de trabajo a largo plazo no solo tratan de responder a una necesidad básica por parte del personal de salud o del equipo de trabajo de la dirección. Por el contrario, se dirigen a propiciar un ambiente más confiable para que esta iniciativa se siga expandiendo y fortaleciendo, configurando a esta iniciativa como una política de interés nacional en un entorno muy complejo. A diferencia de lo que ocurre en la primera etapa con las modificaciones realizadas a la Ley Marco de Telesalud N° 30421, esta vez no se busca únicamente promover la participación del personal de salud, sino mantenerla.

Como expone Cynthia Téllez, el marco normativo muchas veces no es solo engloba a una política pública o explica su finalidad, sino que es un caballito de batalla para que esta pueda seguir siendo parte del sistema.

### 2.2.2 Punto clave: la identidad que han construido

Uno de los aspectos más resaltantes e interesantes en el proceso de transferencia de políticas públicas, es la relación que se genera entre la política y los emprendedores que la impulsan. Como se mencionó previamente el equipo que conforma la Dirección de Telemedicina y la Dirección General de Telesalud, Referencias y Urgencias posee una trayectoria profesional ligada a la digitalización. Lo cual ha sido fundamental en todas las fases que ha seguido esta iniciativa. Sin embargo, así como estos actores influyen en el devenir de la Red de Telesalud, los resultados de esta también fortalecen o modifican ciertos comportamientos en ellos.

En ese sentido, ¿cuál es la importancia de aquello que se podría definir como identidad? Esta identidad que forma cierto sentido de pertenencia si bien, logra manifestarse en la etapa de construcción; resulta siendo esencial en la etapa institucionalización por dos razones. Por un lado, permite que el ritmo de trabajo

establecido por DITEL los años anteriores se mantenga. Lo cual permite expandir la red no solo en términos territoriales sino también sustanciales (especialidades). Por otro lado, considerando que la negociación y persuasión son elementos que no deben ni pueden ser ignorados, les permite desenvolverse en estos nuevos espacios (regionales, locales) con mayor conciencia y seguridad.

Esta identidad abarca principalmente dos características que explican su desarrollo y los cambios que ha podido sufrir durante todo este proceso. En primer lugar, es una identidad relacionada con la innovación en la gestión pública y a la digitalización como medio para esta. Asimismo, es una identidad multidisciplinaria que agrupa a un conjunto variado de profesionales. En segundo lugar, es una identidad bien definida y asociada a un trabajo arduo.

La identidad que se ha construido dentro de la Dirección general y de manera específica dentro de DITEL, está caracterizada por ser multidisciplinaria. En este espacio interactúan de manera constante diversos profesionales que provienen de contextos sociales distintos y que como es lógico poseen variados objetivos. Ello ha ocasionado que no siempre la comunicación sea la más adecuada y ha podido dificultar el proceso de toma de decisiones y de implementación. Sin embargo, ello también ha generado que los acuerdos que se establezcan sean mucho más estables y democráticos y consideren todas las dimensiones de interés de sus participantes.

En primer lugar, en DITEL y DIGTEL trabajan aproximadamente 30 profesionales<sup>23</sup>, médicos, abogados, ingenieros, tecnólogos médicos, obstetras, etc. Si bien, la mayor parte está relacionada directamente con el sector sanitario, ello no necesariamente facilita el trabajo o la coordinación. En general, llegar a consensos no es sencillo y menos en un aspecto tan delicado y reciente como la salud digital. Como menciona, el ingeniero Styp Canto; para poder desenvolverse en este espacio e impulsar los cambios necesarios ha sido fundamental conocer todos los aspectos de la política y ser capaz de transmitirlos de manera sencilla a los otros miembros.

---

<sup>23</sup> Ver Dirección General de Telesalud, Referencias y Urgencias <https://anexos.minsa.gob.pe/>

Ello implica que todos y todas conozcan que implica cada una de las dimensiones de la política en lo tecnológico, legal y sanitario. Es decir, ir mucho más allá de su profesión o incluso su función y más aún cuando los conceptos y definiciones siguen en construcción. Ese conocimiento ha sido lo suficientemente sólido para convencer a los actores externos de la importancia de esta política y lo adecuado de su introducción. Como enfatiza Canto, generar esa confianza principalmente con el personal médico como ingeniero fue un gran desafío, pues significó superar su propia visión y adquirir la de ellos.

En segundo lugar, viendo el lado positivo de esta multidisciplinariedad; contar con esa diversidad de profesionales; le ha permitido a la dirección ser capaz de considerar de manera equitativa y armónica todas las dimensiones que integran una política de salud digital. Como se menciona previamente, la introducción de las tics en el sistema de salud; está relacionada con la gestión de diversos elementos políticos, tecnológicos y sanitarios. Los cuales deben ser tratados con igual consideración, pues una complicación (resistencia, barreras) en cualquiera de ellos pueda afectar considerablemente el desarrollo de la iniciativa.

Como expresa Cynthia Téllez, antes de la implementación de la Red de Telesalud, en el ministerio quienes se encargaban de gestionar las políticas relacionadas con la digitalización eran diversos órganos conformados en su gran mayoría por ingenieros e ingenieras, lo cual transmitía cierto enfoque de estos servicios hacia la población. Lo cual, ha cambiado considerablemente con la creación de DIGTEL y el trabajo de DITEL, pues ambos proveen una mirada más sistémica de esta nueva dimensión de la salud que a pesar de integrar nuevas herramientas no deja de perseguir los mismos fines que la atención o asistencia presencial.

Es así como, aunque cada uno de los miembros se ocupa de las especificidades de la política de acuerdo con su área de especialización, comprenden de manera perfecta que el trabajo que desarrollan debe conjugar y dialogar con las otras dimensiones. Pues, al fin y al cabo, es una sola política. Ello, que es beneficioso en sí mismo ha generado que esta iniciativa tenga mayor coherencia y cohesión. Pero, sobre todo, la ha provisto de un enfoque integral que considere todos los requerimientos que demanda y los recursos o medios

necesarios para ello claramente superan la asignación de un presupuesto. Todo ello, ha tenido su máxima expresión en el Plan Nacional de Telesalud 2020 – 2023.

Si bien esta identidad diversa es sumamente importante, también es cierto que posee muchos más rasgos; dos de los más importantes han generado que DITEL sea capaz de interactuar con otros actores y tener una visión más completa de la política, sino también mantener el ritmo de trabajo desde la primera etapa y reforzarlo durante el proceso de institucionalización, más aún en el contexto de crisis sanitaria.

Uno de los rasgos más resaltantes de esta manifestación es el sentimiento de liderazgo que poseen los miembros de DITEL y DIGTEL. Por un lado, la Red de Telesalud al comenzar a desarrollarse a partir de 2017, en un contexto donde la digitalización no estaba tan expandida en nuestro país por lo menos de manera sistémica, género que los miembros de la dirección tuvieran que responder a muchos desafíos, como la desinformación o desconocimientos de los encargados de los centros o del mismo personal. Lo cual, aunque sigue existiendo hasta hoy, no se presenta en la misma magnitud ni con la misma frecuencia.

Esto que ellos y ellas, han identificado como una lucha los coloca en una posición de emprendedores en general, y también de innovadores en la gestión pública. Esta posición por supuesto, ha sido reforzada con las modificaciones legales que establecen que el Ministerio de Salud y de forma más específica la Dirección General de Telesalud, Referencias y Urgencias son los encargados de la política nacional de Telesalud, la cual no solo incluye a actores públicos, sino también privados y mixtos. Como plantea América Chang, no ha sido fácil modificar dinámicas tan familiares para el personal de salud como la interacción física con sus pacientes ni darles seguridad en este nuevo espacio para que puedan desenvolverse con naturalidad. Sin embargo, ha sido necesario y muy efectivo.

Por otro lado, como menciona Liliana Má, el trabajo desarrollado por la Dirección General no fue conocido desde el principio, sino que ha seguido un proceso de *difusión* progresivo. Ello ha generado, que a diferencia de otras



direcciones o unidades no solo tengan que gestionar barreras tecnológicas, administrativas o humanas (resistencia del personal de salud), sino también carencias. Para ella, el no recibir un presupuesto adecuado, por supuesto afectó el desarrollo de su trabajo. Sin embargo, supieron como agenciarse con los recursos que, si tenían, apostando por tecnología, básica, sencilla y sobre todo cotidiana que ya al contar con mejores medios y herramientas potenció su trabajo de manera notable.

Aunque esta precariedad en el servicio público sea lamentablemente muy común en muchas de las instituciones a nivel nacional, en el caso de DIGTEL y DITEL; ha sido mucho más apremiante. Sobre todo, considerando que efectivamente no era solo una cuestión de recursos sino también de convencimiento y subjetividades que eran contrarias a la implementación de la política. Pues como plantea Isabel Cotrina, el cambio debe ser transversal y no considerar únicamente la modernización sino la transformación para ser realmente efectivo. No se trata de invertir en la tecnología más desarrollada sino de convencer al personal de este gran paso.

A grandes rasgos, esta autopercepción de liderazgo y autonomía ha sido clave para fortalecer el proceso de institucionalización, en palabras de Fernando Aquino<sup>24</sup>, ellos no solo se sienten satisfechos al ver los avances de la Red de Telesalud, sino también responsables y capaces de mantenerlos y mejorarlos frente a un personal de salud cada vez más abierto y una ciudadanía más necesitada.

Sumado a esta identidad de liderazgo y autonomía, existe un rasgo igualmente relevante en el desempeño y desenvolvimiento de ambas direcciones. Para Liliana Má, el trabajo desarrollado por DITEL y DIGTEL durante estos más de cuatro años, puede definirse a grandes rasgos como “high performance”. Como enfatiza la directora general, desde la etapa de construcción en la que decidieron viajar por todas las regiones y observar cual era la realidad de cada una de ellas con respecto a los servicios de Telesalud, no se han detenido o han interrumpido su trabajo. Por el contrario, han buscado

---

<sup>24</sup> Entrevista personal realizada en abril de 2021

diversas alternativas para responder a la fragmentación y diversidad característica del sistema de salud.

Esta intensidad, ha generado una relación más sólida entre todos los miembros, de tal manera que el proceso sea más fluido y dinámico, pero también más real. Para Liliana Má, esta sinergia permite que, en ocasiones, cada uno pueda tomar no solo decisiones que le conciernen a su función dentro del equipo, sino aquellas que involucran al equipo en general; pues conoce de antemano la posición de los otros: “muchas veces, ellos actúan sin consultarme porque conocen perfectamente lo que pienso sobre diversas cosas”. Esta cohesión, ha sido tal que incluso con cambios en el equipo, este ritmo de trabajo se ha mantenido a lo largo del tiempo, reforzándose de acuerdo con el contexto que han experimentado.

Por supuesto, aunque esta lógica de trabajo ha sido una constante en ambos equipos; se han establecido medios para potenciar este rasgo a lo largo del tiempo. En ese sentido, uno de los mecanismos mecanismo que la Dirección general ha promovido para mantener este *high performance*, ha sido la realización de eventos para premiar el desempeño de los centros de salud y profesionales en el uso de los servicios de Telesalud.

Aunque definir la identidad de una unidad como es el caso DITEL y DIGTEL, no exponga a simple vista una relación en el proceso de transferencia de una política pública; en la etapa de institucionalización resulta fundamental; justamente para proteger el desarrollo de esta iniciativa. Un equipo multidisciplinario, que ha construido sus metas y objetivos y los ha plasmado en un Plan Nacional, pero que también ha logrado establecer una relación basada en la confianza y el diálogo son aspectos vitales para la Red de Telesalud y lo seguirán siendo durante los próximos años.

### 2.3 Un aprendizaje inevitable:

Definitivamente tomar en cuenta que el proceso de transferencia posee principalmente dos etapas, permite observar de manera detallada las acciones que se emprenden en cada una de ellas y como estas generan ciertos resultados en los actores y su entorno. Sin embargo, simultáneamente a la construcción, negociación o reglamentación; los emprendedores de política pública

experimentan un proceso sumamente importante y complejo que implica estar en constante observación y adaptación. A grandes rasgos se puede establecer que, cuando los funcionarios públicos transfieren una política, están aprendiendo de ellos y el contexto que los rodea más de lo que ellos mismos podrían identificar.

Por un lado, este aprendizaje, en el caso de la Red de Telesalud, ha tenido y tiene tres rasgos característicos. En primer lugar, si bien el trabajo desarrollado por parte de DITEL inicio a principios de 2017 con la creación de la Dirección General y la asignación de funciones a cada una de sus unidades; antes de ello ya había cierto camino trazado que venía impulsando la introducción de las tics. Como menciona Styp Canto, existía un claro interés por parte de diversos actores para que las iniciativas que se habían desarrollado de manera desarticulada en diferentes hospitales o centros alrededor del país se institucionalicen y formen parte de todo un sistema que responde a un ente rector.

La existencia de estos flujos o impulsos antes de 2017 implica por otro lado, que aun considerando los años de funcionamiento de la Red de Telesalud y el gran desarrollo que posee; no se pueda plantear que este aprendizaje ya culminó. Por el contrario, como menciona Cecilia López, el conocimiento que se puede adquirir sobre este tipo de política es tan variado e inagotable que en la dirección deben seguir apostando por este. Y, sobre todo, apostando por este frente a la ciudadanía, la cual es en muchos casos, quien desconoce los beneficios e implicancias de esta.

En segundo lugar, como se menciona previamente un equipo multidisciplinario como el de DITEL ha invertido grandes esfuerzos en conocer y gestionar todas las dimensiones que implica la introducción de las políticas de salud digital. Sin embargo, este proceso ha sido gradual y ha demandado tiempo. Como menciona Liliana Má; ella llegó sin una estrategia clara de cómo debía responder frente al desafío de articular los servicios de Telesalud a nivel nacional. Por ello, considero que la mejor alternativa era conocer en principio, cuál era la realidad de cada uno de ellos y a qué tipo de problemática respondían, realizando un diagnóstico que sincerara los datos y la información que se tenía.

En otras palabras, más que llegar con una estrategia predeterminada o diseñada, el objetivo de ambas direcciones fue formularla durante la marcha de manera que esta se adaptará a la realidad y no viceversa. Ello permitió que se generaran dos situaciones: por un lado, que el trabajo que iniciara el equipo se concentrará en las diversas aristas de la política. Tomando en cuenta, el aspecto legal, administrativo, sanitario, tecnológico, etc. Lo cual; a su vez, implicó que identificaran que mecanismos serían necesarios para materializar sus objetivos de acuerdo con el contexto.

Por otro lado, como se mencionó previamente, al trabajar todos en un mismo espacio y sobre todo persiguiendo un mismo fin; el conocimiento se distribuyó de manera general entre todo el personal. Todos se vieron impulsados a aprender y comprender aspectos que parecían estar muy lejos de sus funciones habituales o de su formación profesional. Es cierto que la ausencia de una estrategia general, en ocasiones dificultó el desarrollo de la Red de Telesalud, como sucedió con la difusión de esta según Liliana Má. Sin embargo, considerando la naturaleza de los servicios que existían antes de ella y la diversidad que acompaña a cada región; pensar en un enfoque antes de saber con exactitud que sucedía no parece lo más adecuado.

Por último, la naturaleza de este aprendizaje también está relacionada con el tipo de participantes externos que han formado parte de este y como su presencia ha logrado influir en la materialización de los objetivos de DITEL. Tomando en cuenta la clasificación desarrollada por Dunlop (2009), existen dos categorías fundamentales para comprender este proceso: por un lado, el contenido de la política y, por otro lado, el grado de autonomía con el que han podido establecer sus fines y objetivos de esta frente a otros actores. Ambos criterios que relativizan mucho más este fenómeno se establecen como indicio de cuáles podrían ser los cambios o continuidades.

Con respecto al tipo de contenido de la política, si bien la DIGTEL posee un personal considerable, tanto esta unidad como DITEL han mantenido gran parte de su personal durante los últimos años. Ello ha implicado, que el tipo de aprendizaje no sea solo institucional, sino que se encuentre relativamente concentrado en estos espacios. Considerando esta identidad de líder en la

digitalización bastante marcada desde 2017, para los miembros de estas direcciones; ha sido mucho más factible trabajar directamente la política desde el aspecto técnico y político.

En ese sentido, el contenido de la política, así como la conceptualización de esta ha estado a cargo de la misma dirección. La cual, como menciona Liliana Má ha observado experiencias externas (regionales, internacionales) pero teniendo en cuenta el contexto nacional. La participación de actores externos como investigadores, funcionarios externos u otros más que ser una constante, se ha llevado a cabo dependiendo de requerimientos específicos. Lo cual ha estado claramente relacionado con el tipo de perfil que ambas direcciones han tenido desde el principio.

Con respecto al establecimiento de objetivos y fines, ambas unidades han tenido la facultad de responder de manera autónoma a todo tipo de desafíos en este proceso. Como se mencionó previamente, la Telesalud como posee cuatro ejes de trabajo y desarrollo; los cuales, si bien han sido impulsados y considerados desde DITEL, ello no se ha dado con la misma intensidad o frecuencia. Es así, que las metas para la Red han ido principalmente dirigidas al aspecto prestacional por medio de las tele consultas y a promover la cobertura universal sanitaria. Los cuales, aunque efectivamente sean dos de los pilares de la Reforma de Salud (2013), también son base del trabajo de esta dirección.

Como muestra el siguiente gráfico, a grandes rasgos se puede considerar que el aprendizaje que se ha llevado a cabo en DITEL, puede catalogarse como autodirigido. Por un lado, la misma dirección ha estado a cargo del contenido de la política tanto en los aspectos técnicos como políticos limitando el rol y trabajo de las comunidades epistémicas y, por otro lado, aunque respetando el contexto institucional han logrado identificar sus propias metas y fines y hacerlos dialogar con los recursos que poseen.

Gráfico 15.

*Tipos de interacción desarrolladas en la Red Nacional de Telesalud*

		Control de los tomadores de decisión sobre los objetivos – fines	
		Alto	Bajo
Control de los tomadores de decisión sobre los medios - contenido	Alto	<b>Aprendizaje Auto – dirigido DIGTEL (2017 -2020)</b>	Aprendizaje Informal
	Bajo	Aprendizaje No formal	Aprendizaje Formal

Fuente: Elaboración propia. En base a Dunlop, 2009, p. 296.

Siguiendo esta línea, así como existen tres rasgos distintos del aprendizaje que se ha llevado a cabo en la Dirección de Telemedicina. También, existe un desarrollo en las dimensiones que establece Riche (2017), las cuáles son aspectos de la misma política de acuerdo con la etapa en la cual se encuentran.

En primer lugar, el **policy learning**, como aprendizaje todavía se encuentra en curso pues responde directamente a la necesidad que poseen DITEL y DIGTEL por innovar y extender cada vez más el trabajo de la Red de Telesalud. En segundo lugar, para el **political learning**, definitivamente los y las funcionarias han aprendido a negociar y convencer a diversos actores de los beneficios y ventajas de este nuevo campo. En tercer lugar, hay que considerar que ha existido cierto tipo de **relational learning**, pues los miembros de ambas direcciones han sido conscientes del contexto favorable en el cual se ha insertado la política que promueven a nivel institucional. Por último, así como la formación y fortalecimiento de cierto tipo de identidad ha sido fundamental es adecuado incluir el **self learning**; como un proceso transversal a toda la introducción de la política. Si bien, los miembros de la misma dirección iniciaron la construcción de la Red con cierta percepción de la importancia de su trabajo, esta identidad se ha reforzado año tras año y adquirido nuevos matices.

Tabla 11.

*Principales características del proceso de aprendizaje*

Tipos de aprendizaje	Subcategorías	Conocimiento sobre
Policy Learning	Instrumental learning	Alto grado de conocimiento sobre la política que fue potenciado por una visión propia de los pasos que debería seguir para potenciarse
	Process Learning	
	Social Learning	
Relational Learning	Stakeholder interest	Los miembros de DIGTEL y DITEL reconocían que dentro del Ministerio tenían buenas oportunidades para impulsar la política, pero también eran conscientes que poseían recursos limitados para ello
	Stakeholder resources	
Political Learning		Al promover este tipo de política en un contexto de cierta apertura a la digitalización, se reconoció una gran predisposición por parte de las entidades públicas externas como otros ministerios o en general la Presidencia del Consejo de ministros (PCM).
Self Learning		El equipo de ambas direcciones poseía cierta afinidad con respecto a este tipo de política que ha sido fortalecida a medida que la Red de Telesalud ha expandido sus funciones a nivel nacional.

Fuente: Elaboración propia. En base a Riche, 2017, p. 7-8.

Estos cuatro tipos de aprendizaje como muestra la siguiente tabla, pueden indicarnos directamente que, en el proceso de transferencia de una política pública tienen lugar muchos fenómenos diversos y complejos que no siempre implican resultados u objetivos tangibles; pero que sin duda influyen la trayectoria de estas iniciativas.

#### 2.4 Conclusión parcial:

Sin duda, el proceso de introducción de los tics mediante la creación de la Red Nacional de Telesalud ha estado marcado por la complejidad y diversidad de una transferencia que todavía se encuentra en desarrollo. A los resultados tangibles que ya ha tenido esta política con respecto a la atención que reciben los y las ciudadanas, se han sumado resultados intangibles relacionados a cambios que han experimentado los miembros de ambos equipos en estos años. Como muestra la siguiente tabla, a tanto en DIGTEL como DITEL, se han llevado a cabo diversos pasos para adaptar al personal médico al uso de la tecnología,

pero también a los pacientes, de manera que ello no afecte negativamente la relación entre ambos.

Tabla 12.

*Dimensiones desarrolladas en la introducción de la Red Nacional de Telesalud*

<b>Interacción Empleada (IW)</b>	<b>Conjunto de Habilidades Empleadas (SSW)</b>
La relación entre los pacientes y el personal de salud ha sido uno de los puntos más críticos en este proceso de introducción. Por ello, el cambio ha sido progresivo tomando en cuenta los procesos más básicos y sencillos.	A nivel nacional, se reconoce que existe un déficit en el manejo y uso de la tecnología. Por ello, desde ambas direcciones fue válido priorizar aquellos espacios en donde ya existían aquellas habilidades y con ello, progresivamente ir ampliando el número de centros.
<b>Integración Relacional (RI)</b>	<b>Integración Contextual (CI)</b>
Otro punto fundamental ha implicado tomar en cuenta como ha afectado la introducción de la tecnología la relación entre el personal de salud. En ese sentido, en cada centro de salud se han desarrollado dinámicas distintas dependiendo del grado y tipo de resistencia que ha existido.	La introducción de la tecnología se ha establecido como un medio favorable a la Reforma del sistema de salud (2013) y a la digitalización a nivel nacional como una política de Estado. Lograr esta armonía a gran escala, ha sido una gran ventaja para que ambas direcciones puedan profundizar su trabajo.

Fuente: Elaboración propia. En base a Murray et al., 2011, p.3.

Esta tabla que resume la constante adaptación que han emprendido ambas direcciones expone la necesidad de tomar en cuenta todas las dimensiones que una política de salud digital necesita para integrarse y permanecer en el sistema de manera adecuada. Más allá del relato que se ha expuesto previamente, el cual ha tomado en cuenta las percepciones y observaciones de los miembros de DITEL y DIGTEL, se reconoce la complejidad y tensión que ha envuelto la construcción e institucionalización de la Red Nacional de Telesalud, el uso de diferentes estrategias como la profesionalización o persuasión son solo algunas expresiones de este proceso. Así como son la necesidad de ceder que han tenido estos servidores públicos frente al personal de salud muchas veces reacio.

Asimismo, como han mencionado reiteradamente los miembros de ambas direcciones; la Red Nacional de Telesalud, se encuentra todavía en un proceso de expansión en nuevas especialidades y nuevos espacios alrededor del país.



Ello que definitivamente ampliará el margen de acción de quienes se encuentran a cargo de esta, también planteará considerables desafíos. En ese sentido, uno de los casos más representativos en medio de la crisis sanitaria ha sido la incorporación de cinco centros penitenciarios a este espacio, demostrando el enfoque universal que desde el principio han utilizado estas unidades<sup>25</sup>.

Este balance, que es bastante positivo en este caso pues corrobora la tesis planteada en la presente investigación ha sido analizado a la luz de los resultados de lo ocurrido en el Hospital Hermilio Valdizan con el Servicio de Telesalud. Lo cual, como se observa a continuación, establece ciertos patrones en la actuación de las emprendedoras de política pública como plantea cambios importantes dependiendo de la etapa en la que se encuentren y los objetivos que se planteen. Ello, más que establecer criterios de éxito o fracaso sobre los resultados de ambas, permite identificar las particularidades que viene mostrando este proceso de transferencia a nivel nacional.

---

<sup>25</sup> Ver El Peruano (2021)

## Capítulo 3: Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizan

De los dos casos planteados en la investigación, el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizán es el más acotado territorial y sectorialmente. Aunque se construye tomando en cuenta las características de este tipo de servicios en general, la particularidad se encuentra en la especialización que este centro posee con respecto a la salud mental. Como se mencionó previamente la salud digital no implica únicamente el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para proveer atención médica, sino también, la transformación de la relación entre médico y paciente que en este espacio termina siendo mucho más delicada y trascendental.

Como en los casos anteriores, la presencia de una dirección comprometida e interesada con este proceso de digitalización ha sido fundamental y esta ha estado encabezada por doctora Gloria Cueva. A continuación, se analiza que proceso ha emprendido esta burócrata de política pública en la construcción e institucionalización de esta política y lo que ello ha generado.

### 3.1 Una nueva historia para la salud mental: Construcción del Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizan (2018)

Como se observa en el caso anterior, la primera etapa marcada por el proceso de construcción es sumamente relevante para comprender la trayectoria que sigue la política y los cambios que pueden presentarse a mediano o largo plazo. El servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizán Medrano se ha gestado en un ambiente marcado por la formulación de un nuevo concepto y la complejidad de una reforma en salud mental que todavía se encuentra luchando contra graves deficiencias y carencias a nivel nacional.

#### 3.1.1 La “tele-psiquiatría” como conceptualización y enfoque:

El servicio de telesalud que ofrece el Hospital, desde un inició ha superado el aspecto normativo y teórico para dirigirse a desarrollar un marco de trabajo alineado con los objetivos y fines que posee como institución sanitaria. Como se ha expuesto previamente, la telesalud como ejercicio dentro de la medicina posee un marco normativo sumamente variado, que ha ido fortaleciéndose

durante los últimos años a raíz del trabajo desarrollado por el MINSA y el Poder Ejecutivo.

En ese sentido, el uso de este tipo de servicios en el Hospital ha respetado y adoptado las formulaciones legales que plantean DIGTEL y DITEL como principales articuladores de la Red Nacional de Telesalud en dos aspectos: en primer lugar, entender esta nueva dimensión de la salud como un medio eficiente y adecuado para responder a la demanda sanitaria y cerrar las brechas de atención (Ley N° 30421) y en segundo lugar, potenciar la provisión de servicios especializados en aquellas zonas que por factores territoriales o sociales han enfrentado una situación de vulnerabilidad.

Este rasgo de coordinación y adaptación se ha visto potenciado por la necesidad de modificar o reformular ciertos aspectos considerando que la prestación de este nuevo tipo de servicios se brinda en salud mental. Como menciona el Dr. Jean Núñez del Prado<sup>26</sup>, si bien desde un principio se ha trabajado de manera conjunta con la Dirección de Telemedicina entorno a la naturaleza de la Red Nacional de Telesalud y sus funciones; también se ha tomado en cuenta la realidad del hospital, los recursos y capacidades con los que cuenta; así como las carencias y obstáculos que enfrenta.

Esta conjunción de diferentes factores ha establecido una conceptualización legal marcada principalmente por dos características. Por un lado, las modificaciones normativas han manifestado la necesidad de establecer cierto tipo de organización en la prestación de este nuevo tipo de servicios. Como plantea la Resolución Directoral N° 097-DG/HHV-2018 mediante la cual se conforma el “Equipo de Trabajo de Telesalud”, encargado de implementar dicha política dentro del hospital cuya conformación incluye a miembros de casi todas las direcciones con determinadas funciones médicas y tecnológicas (HHVM, 2018a).

En ese sentido, si bien esta necesidad de organización que manifiesta la resolución no ha estado dirigida a institucionalizar este servicio a largo plazo y proteger su expansión. El establecimiento de este tipo de coordinación

---

<sup>26</sup> Entrevista personal realizada en septiembre de 2020

institucional ha sido fundamental para en este caso promover el trabajo de los miembros del equipo encargado e incentivar la colaboración de las otras direcciones. Sobre todo, porque como tal posee un carácter de obligatoriedad para cada uno de los miembros que conforma el Equipo de Telesalud. Asimismo, al provenir el mayor impulso desde la Dirección General, la introducción de las TICs se convierte más que en una posibilidad o alternativa en una política del hospital.

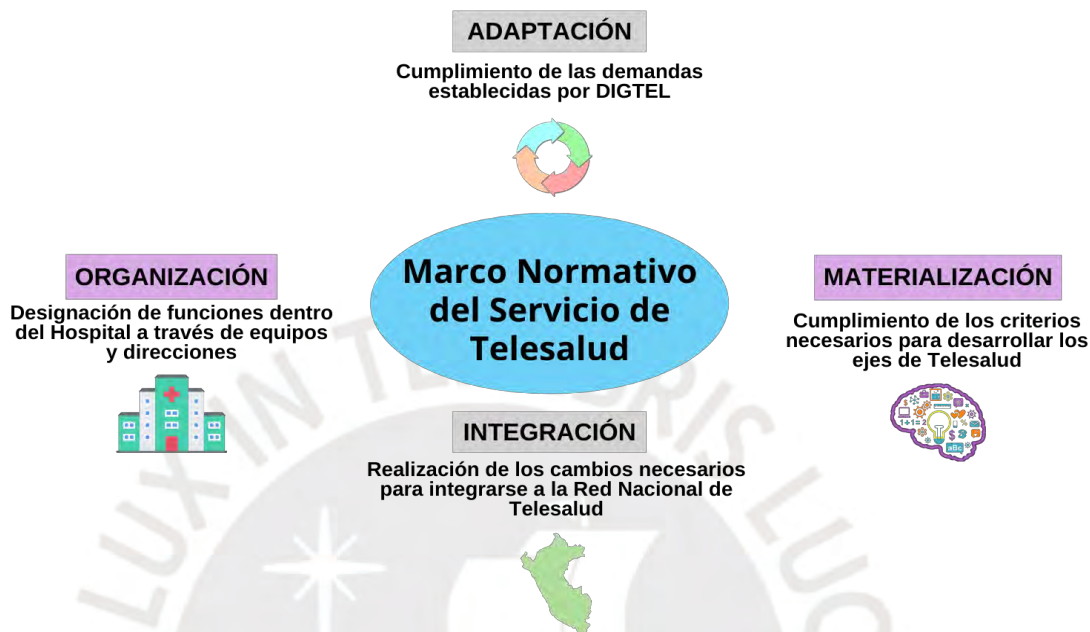
Por otro lado, así como se ha tomado en cuenta la necesidad de plantear cierto tipo de organización en la introducción de las herramientas, también ha sido importante establecer criterios para materializar la labor de los profesionales por medio de estas. Como menciona la Dra. Liliana Alva<sup>27</sup>, en esta primera etapa, diseñar un esquema de trabajo que permita al personal integrarse a estas nuevas funciones de manera armónica fue un punto clave para expandir progresivamente este servicio.

Como muestra el siguiente gráfico, aunque el desarrollo de un marco legal específico haya sido relativamente limitado y haya respondido principalmente a lo planteado desde el Ministerio de Salud. En estos breves documentos se ha manifestado de manera clara que tipo de conceptualización normativa se promueve desde el Hospital en esta primera etapa y cuáles son los objetivos de ella. Tomando en cuenta, la organización que posee la Red Nacional de Telesalud, estas adaptaciones exponen una mirada más directa de lo que sucede dentro de la Red y lo que implica dar estos grandes o pequeños pasos hacia la digitalización. En palabras de la Dra. Gloria Cueva Vergara, para ellos y ellas era claro que después de la radiología no existía otro campo que pudiera adaptarse también a las tics como la psiquiatría.

---

<sup>27</sup> Entrevista personal realizada en febrero de 2021

Gráfico 16.

*Ejes de trabajo del marco legal del Servicio de Telesalud*

Fuente: Elaboración propia.

Es cierto que, en el aspecto legal, la interpretación desarrollada por parte del Hospital se ha alineado a los criterios marcados por el Ministerio de Salud y en ese sentido, ha prestado principal atención a los aspectos organizacionales y técnicos de la política. Sin embargo, tomando en cuenta que la percepción y comprensión que el personal de salud tenga del Servicio de Telesalud juega un rol fundamental en el desarrollo y trayectoria de este; es importante incluir los rasgos más relevantes de la interpretación que excede lo formal y se constituye desde el lado más subjetivo. En primer lugar, como se ha mencionado previamente la Telesalud, es una nueva dimensión de la salud que permite brindar una gran cantidad de servicios a larga distancia a los pacientes, personal de salud y en general la ciudadanía.

De los cuatro ejes que se toman en cuenta dentro de la Telesalud, para los miembros del Hospital dos han sido sumamente fundamentales de acuerdo con las prioridades que poseen. Por un lado, la tele capacitación se ha configurado como un medio fundamental para responder a la demanda creciente por servicios de salud mental de manera indirecta. Como menciona el Dr. Jean Núñez del Prado, brindar apoyo en el proceso de especialización de muchos

médicos y transferir competencias a diferentes espacios de nuestro país de manera que estos puedan responder adecuadamente a las necesidades de la población.

Este impulso por formar médicos generales con cierto grado de especialización y posibilidad de respuesta ha sido un objetivo compartido, pues como plantea la Dra. Gloria Cueva, la posición del Hospital a nivel regional y nacional le faculta adquirir ese tipo de compromisos con muchos actores en un contexto tan complejo. Así como este fomento de la educación es un pilar fundamental de este Servicio de Telesalud, en segundo orden de prioridad se ha encontrado el desarrollo del eje de Telemedicina que se ha dirigido principalmente a la atención a los pacientes por medio de las teleconsultas y teleinterconsultas.

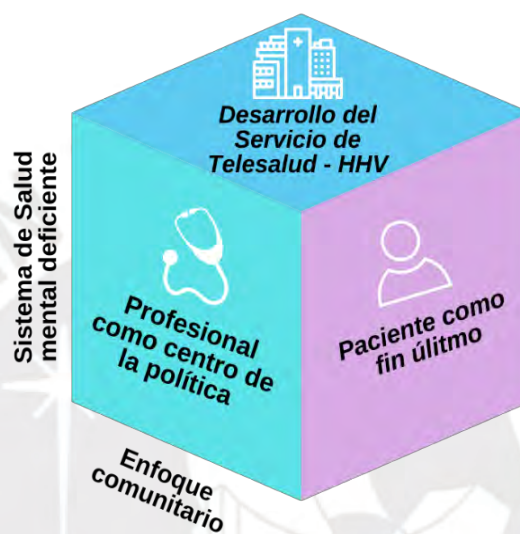
Tomando en cuenta la organización que plantea la Red Nacional de Telesalud, el Hospital Hermilio Valdizán, se ubica una posición superior como centro médico de alta complejidad capaz de brindar servicios de teleconsultor a otro tipo de instituciones que carecen de tal especialización. Aunque esta sea efectivamente el principal objetivo que DIGTEL y DITEL, han tenido desde un principio a fin de reducir la brecha de atención; para el Hospital por medio de este espacio de interacción se ha fortalecido su relación con este tipo de actores. Para el Dr. Jean Núñez del Prado, es claro que, si bien han debido adaptar y responder a esta necesidad prestacional inmediata, sus actividades y prioridades no se han visto ampliamente afectadas; por el contrario, han incluido ello como una nueva forma de respuestas a la ciudadanía.

En el siguiente gráfico, se muestra como la introducción de las tics, en este espacio parte de una mirada distinta a la que se ha construido en la Red de Nacional de Telesalud, lo cual no necesariamente genera un conflicto entre ambas sino el fortalecimiento de ejes que comparten de manera indirecta la reducción de la brecha de atención y la mejora en la calidad de salud. En este caso, el centro del trabajo realizado en el Servicio de Telesalud ubica a los profesionales y personal como centro de la política, pero no fin último, pues la adquisición de capacidades especializadas por parte de ellos impacta positivamente en la provisión de servicios prestacionales. Tomando en cuenta la

clasificación realizada por Valenzuela y Sibrian (2020) en este proceso de transferencia se sigue manteniendo una “lógica de cuidado” para la introducción de la tecnología, aunque el proceso sea más progresivo y paulatino.

Gráfico 17.

*Conceptualización del Servicio de Telesalud - HHVM*



Fuente: Elaboración Propia. En base a Vitacca y otros, 2009, p.92.

En segundo lugar, el desarrollo de una política como está dentro del Hospital implica para sus miembros promover el trabajo conjunto. Aunque la provisión de telecapacitaciones o telemedicina demanda de manera directa la participación de ciertos actores; para la dirección ha sido fundamental incluir en el Equipo de Telesalud a miembros de casi todas los departamentos. Como plantea Gloria Cueva<sup>28</sup>, la telesalud como tal va mucho más allá de la inclusión de herramientas digitales en el trabajo cotidiano, sino que implica la integración de la tecnología a todo lo que ya venía haciendo este centro de salud. Como muestra la siguiente tabla, la multidisciplinariedad que posee este equipo dentro de la especialidad de psiquiatría es una necesidad.

<sup>28</sup> Entrevista personal realizada en abril de 2021

Tabla 13.

*Miembros del equipo de telesalud*

Nombre	Cargo	Departamento
Dr. Jean Núñez del Prado	Coordinador responsable	Jefe del Departamento de Promoción
Lic. Pedro Quispe	Soporte Técnico	Jefe de Informática
Psic. Nélide Geldres	Miembro	Jefa del Serv. de Psicología Diagnóstico
Lic. María Huarachí	Miembro	Jefe de Servicio Social
Lic. Enf. Elisa Serpa	Miembro	Servicio de Enfermería
Dr. Diego Díaz	Miembro	Servicio de Emergencia
Dra. Milagritos Toledo	Miembro	Jefa del Dpto. de Niño y Adolescentes
Dra. Amelia Arias	Miembro	Jefa OADI
Dr. Carlos Ordoñez	Miembro	Jefe del Dpto. de adicciones
Lic. Ysabel Yataco	Miembro	Jefa de Relaciones Públicas

Fuente: Elaboración propia. En base a HHVM, 2018b, p. 1-2

En tercer lugar, relacionado con el punto anterior para los miembros del hospital la incorporación del servicio de telesalud más que un cambio total o radical, implica sobre todo dirigir un proceso de adaptación doble. Por un lado, del parte de personal de salud al uso de las tecnologías en las diferentes funciones que realizan, así como la reorganización de ciertos aspectos como el presupuesto, cronogramas, actividades, etc. Incluso, la modificación del tiempo de trabajo y la planificación de nuevas reuniones. Por otro lado, de las herramientas digitales a la naturaleza y forma de trabajo de estos profesionales. Como menciona Liliana Alva, más que la digitalización para reducir tiempos o ampliar horarios de atención y respuesta; es la tecnología al servicio de la ciudadanía y en este caso al servicio de la salud mental.

Esta nueva conciencia es fundamental para comprender como dentro del Hospital la innovación ha ido de la mano del surgimiento de nuevas necesidades por parte del personal de salud y los pacientes. Aunque la telesalud es un campo sumamente amplio, mucho de lo que hoy existe en el hospital han sido propuestas de los profesionales que laboran en este a medida que han ubicado posibilidades de mejora en sus funciones.



En último lugar, como se mencionó en el caso de la Red Nacional de Telesalud, introducir el uso de la tecnología genera de manera indirecta que ciertas relaciones o formas de interacción se transformen ya sea que puedan verse perjudicadas o potenciadas. En ese sentido, para los miembros del hospital, la posibilidad de implementar este servicio ha traído consigo repensar los nexos que poseen con otros actores a nivel local y nacional. Uno de los más importantes, ha sido el trabajo que venían realizando con los centros de salud mental comunitaria, los cuáles ubicados en diferentes regiones del país recibían de manera constante capacitaciones y asesoría.

Considerando ello, el servicio de telesalud ha traído consigo no solo cambios institucionales sino también externos, los cuáles, aunque no sean objetivo de este tipo de política han terminado por fortalecer y potenciar el trabajo que el Hospital ya venía realizando. A manera de resumen, como muestra el siguiente gráfico; la introducción de la tecnología se ha gestado considerando ciertos aspectos que hacen de este un proceso sumamente particular para el hospital y que ubican la conceptualización de este tipo de servicio como un punto fundamental para comprender el trabajo del personal de salud y el impulso político y técnico que ha tenido desde la dirección.

Gráfico 18.

### *Características del desarrollo de la Tele-psiquiatría*



Fuente: Elaboración propia.

### 3.1.2 El Servicio de Telesalud en marcha

Como en el caso de la Red de Telesalud del MINSA, el desarrollo del Servicio de Telesalud ha implicado la puesta en marcha de la conceptualización normativa e institucional que poseen sobre la introducción de las herramientas digitales. Está puesta en práctica de objetivo, fines y prioridades se establece principalmente en dos etapas consecutivas: por un lado, una primera fase de adaptación e integración a la Red la cual ha estado geográficamente centrada en Lima y en el mismo hospital y, por otro lado, una segunda fase de expansión y dinamismo que ha abarcado a las otras regiones del país. Aunque la expansión de esta política se ha dado en un breve espacio de tiempo, estos dos años han sido útiles para sentar las bases y avanzar de manera constante en los principales ejes de la telesalud.

#### 3.1.2.1 Primera Etapa (2018): Adaptación e Integración a la Red Nacional

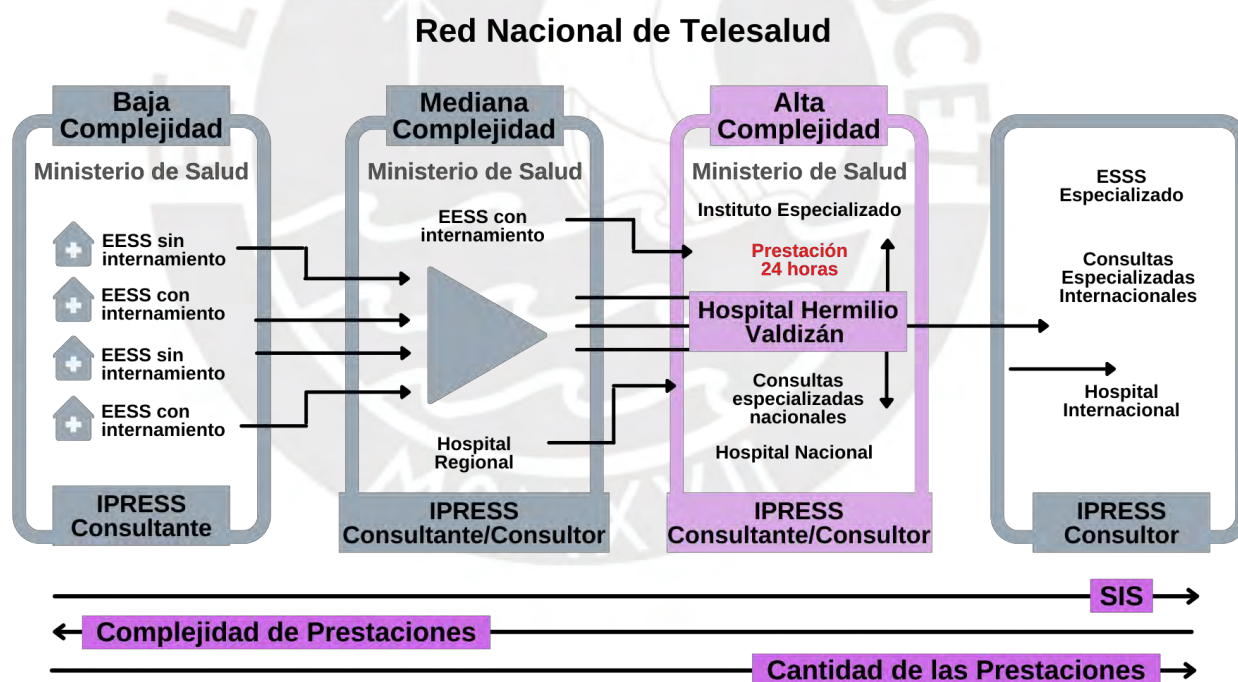
Como se ha mencionado previamente, en el proceso de transferencia, la primera etapa resulta relevante pues no solo se marca la pauta de trabajo ni se desarrollan las principales micro estrategias para que la política se materialice, sino que también se realizan los mayores cambios en el entorno para responder a todo tipo de desafíos. En ese sentido, el mayor reto que ha tenido el equipo de telesalud durante 2018 ha estado marcado por la necesidad de adaptarse al trabajo que ya venía desarrollándose desde la Red Nacional de Telesalud de manera que desde este espacio puedan seguir actuando de manera coherente con sus objetivos o prioridades.

Por un lado, desde un inicio esta institución tenía claro que sus motivaciones y acciones debían encuadrarse a los objetivos que DIGTEL y DITEL tenían como articuladores nacionales de la Red a la que también pertenecían. Considerando ello, en esta primera etapa se realizaron las gestiones necesarias para poder dar forma a las teleconsultas y tele interconsultas como una de las prioridades que tenía el MINSA. Como menciona Liliana Alva, fue necesario fortalecer los medios y mecanismos de comunicación que ya existían de manera que las necesidades de este ente rector puedan responder directamente a los recursos y posibilidades del hospital.

Esta coordinación también pasaba por convencer y promover la participación de los especialistas del hospital, lo cual no siempre ha sido una tarea sencilla para los encargados de organizar estas actividades. Como recalca la misma doctora, en un principio fue sumamente complicado establecer horarios para estas interacciones entre el personal de salud y los pacientes u otros médicos. En ese sentido, aunque la integración a la Red sea un proceso voluntario que cada hospital decide aceptar, dentro de cada centro de salud donde se adquiere este compromiso es indudable que debe existir un impulso consistente y continuo. Para expresar de manera más clara en que consistió esta primera fase de ajuste y asimilación, el siguiente gráfico muestra qué lugar ocupa el Hospital Hermilio Valdizán en el desarrollo de la Red de Telesalud y que implica ello.

Gráfico 19.

*Ubicación del Hospital en toda la Red Nacional de Telesalud*



Fuente: Elaboración propia. En base a MINSa, 2020c, p. 23

Por otro lado, este proceso de adaptación no plantea únicamente responder a las demandas comprensibles que surgen al formar parte de la Red de Telesalud, sino también a gestionar aquellas ventanas de oportunidad que surgen por el hecho pertenecer a este espacio. Como se ha mencionado

previamente, esta Red agrupa a un conjunto de actores variados de acuerdo con el grado de complejidad que poseen en la atención y resolución de la demanda sanitaria; lo cual genera una jerarquía y estructura dentro de la misma. En el caso del Hospital Hermilio Valdizán, este centro por el nivel de especialización de sus profesionales y sus funciones es considerado “de alta complejidad”. Ello, lo faculta no solo a tomar decisiones de manera más independiente sino a mantener sus propios objetivos en este intervalo de transición.

Reconociendo que el eje más importante para el equipo de telesalud es las telecapacitaciones ya desde 2018 éstas se llevaron a cabo de manera coordinada y extendida. Desde abril a diciembre, el hospital organizó 16 videoconferencias donde informo a diversos profesionales de la salud acerca de diversos trastornos de salud mental y herramientas para responder a ellos<sup>29</sup>. Esta posibilidad de poder extender sus funciones como miembros de la Red sin dejar de fomentar sus intereses en un contexto tan cambiante es entendible justamente por la naturaleza que posee esta institución. Como menciona Jean Núñez del Prado, si bien tuvieron que realizarse modificaciones no solo se logró responder a las demandas de DIGTEL y DITEL, sino que incluso se pudo hacer mucho más.

Este hecho, resalta un aspecto que será sumamente importante en la siguiente etapa y es que, aunque el Hospital pertenezca a una Red y en ese sentido deba responder a un ente rector, así como otros centros de su mismo nivel adoptar esta integración de manera voluntaria y comprometida ha sido sumamente beneficioso para progresivamente ampliar su margen de acción.

### 3.1.2.2 Segunda Etapa (2019): Mayor autonomía y dinamismo a nivel nacional

En la primera etapa el foco de organización se centró en la relación con las direcciones de MINSA y con el personal del hospital que formaría parte de los servicios prestacionales y capacitaciones. Sin embargo, esta segunda etapa ha tenido otro tipo de prioridades relacionadas a fortalecer el trabajo de la fase previa, pero también expandir este a nivel nacional de manera programática y

---

<sup>29</sup> Ver anexo G: Cronograma de Telecapacitaciones 2018 - HHVM

sostenida. Con ese claro objetivo, dos aspectos han sido fundamentales como se detalla a continuación.

Por un lado, en esta etapa se formuló el primer plan de Telesalud anual del Hospital mediante la “Resolución directoral N° 048 – DG/HHV – 2019”. Este documento, es fundamental pues no solo desarrollo aspectos teóricos y normativos, sino que plantea una respuesta directa a nivel nacional por medio de ejes de desarrollo formulados por ellos mismos. En primer lugar, establece como finalidad:

Contribuir a la descentralización e integración del sistema de salud mental de la ciudad de Lima y del país brindando soporte profesional especializado a través de los cuatros ejes de Telesalud (Telemedicina, Telecapacitación, Teleeducación y Telegestión), para facilitar la equidad en la prestación de servicios (HHVM, 2019a, p. 3).

Como menciona Giancarlo Biaggi<sup>30</sup>, las deficiencias entorno a la prestación de servicios de salud mental son una realidad a nivel nacional. En ese sentido, este reconocimiento y compromiso adquirido que puede ser resuelto por medio de la telesalud genera un sentido de pertenencia muy importante por parte del hospital que no puede ser obviado.

En segundo lugar, en este mismo documento se establece que la mejor forma de potenciar el servicio de telesalud es establecer planes de trabajo que desarrollen puntos clave en cada eje de la telesalud<sup>31</sup>. Estos puntos clave, por supuesto, son coherentes con los intereses y prioridades del hospital quien también considera indicadores para medir su desempeño y metas anuales que en algunos casos han sido más que superadas. Asimismo, en este plan anual se han potenciado dos documentos: por un lado, los planes de trabajo en cada eje, siendo el más representativo el Plan de Teleconsultas<sup>32</sup>. Pues como menciona Liliana Alva, por medio de este no solo se busca responder a la demanda prestacional, sino que uno de los productos esperados es lograr identificar que necesidades tienen lo médicos en el primer nivel de atención.

---

<sup>30</sup> Entrevista personal realizada en marzo de 2021

<sup>31</sup> Ver Anexo H: Actividades para cada Eje de desarrollo

<sup>32</sup> Resolución Directoral N°050-DG/HHV-2019 (HHVM, 2019c)

Por otro lado, la Resolución directoral N° 036 – DG/HHV – 2019 que establece el “Plan de sensibilización y de ejecución de teleconsultas en salud mental Lima y regiones”, fomenta mucha más especificidad en el tratamiento de estas nuevas herramientas a medida que busca configurar al hospital como un referente en la provisión de este tipo de servicios (HHVM, 2019b). En este documento no solo se menciona el enfoque que debe proveer el personal de este centro para brindar en su papel de teleconsultor, sino también los requisitos que deben cumplir los teleconsultantes como parte de la misma Red. El resultado de todo este trabajo como menciona Jean Núñez del Prado ha sido la realización de 99 interconsultas durante 2019, considerando que la meta inicial eran únicamente 4 por mes.

Así como el hospital ha buscado potenciar su trabajo en el eje de telemedicina de una manera sumamente decidida, ya con una posición mucho más sólida dentro de la Red Nacional. Por otro lado, no han abandonado su principal objetivo que ha sido desde un principio la formación de capacidades especializadas en el primer nivel de atención. Es así, que durante 2019 se realizó por primera vez un “Curso Teórico virtual gratuito” denominado “*Sensibilización y Abordaje de la salud mental en la Atención Primaria*”, que consistió en 17 sesiones de capacitación a profesionales del país en diferentes subespecialidades de la psiquiatría. Este proyecto se llevó a cabo con apoyo de socios estratégicos institucionales como la Universidad Científica del Sur y fue incluido como parte de las actividades oficiales de la Red Nacional de Telesalud.

Más allá de un espacio para promover la inclusión de nuevos centros a esta Red al ofrecerles este espacio y posibilidad de preparación (cursos con creditaje), para el hospital este curso a cumplido una doble función. Por un lado, ha respondido con una necesidad básica en el caso de los hospitales generales que atienden casos relacionados a la salud mental. Por otro lado, ha propiciado un ambiente dentro del hospital mucho más cohesionado y compacto. Como menciona Liliana Alva, mucho de los profesionales que en la primera etapa se resistían a participar de las teleconsultas o telecapacitaciones han observado en este proyecto una gran oportunidad para enseñar y aprender.

Como se puede observar, el desarrollo del Servicio de Telesalud ha pasado por dos etapas que, aunque poseen considerables diferencias marcan cierto grado de continuidad hacia la autonomía en el uso de los ejes de esta nueva dimensión.

### 3.1.3 El contexto que da sentido al Servicio de Telesalud:

El Hospital Hermilio Valdizan, si bien es una institución con recursos y capacidades ha debido responder a barreras u obstáculos de diferente tipo en este proceso de introducción. En ese sentido, tanto sus objetivos o prioridades deben ser comprendidas tomando en cuenta un aspecto tan trascendental como es la “Reforma de Salud Mental” (2013).

#### 3.1.3.1 Procesos de integración y fortalecimiento en el entorno cercano:

El entorno que conforma y rodea al hospital está conformado a grandes rasgos por dos elementos que explican las decisiones que el equipo de telesalud ha venido tomando en todo este proceso, así como la participación directa de Gloria Cueva como directa general de la institución. Por un lado, sabemos que como centro especializado y de alta complejidad posee muchos más recursos y capacidades que el promedio. Lo cual si bien, ha sido una gran ventaja; también ha significado gestionar aspectos no tan sencillos. En primer lugar, con respecto a los profesionales que conforman el centro, más allá de que su formación este directamente relacionada con la salud mental; no dejan de ser un equipo multidisciplinario conformado por: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermos y enfermeras, ingenieros, etc.

Ello que también ha sucedido en el caso de las direcciones del Ministerio de Salud, demanda mayor capacidad de coordinación y cohesión. Esta diversidad acompañada de la permanencia en el cargo como mencionan Liliana Alva, Jean Núñez del Prado y Giancarlo Biaggi han permitido crear nexos y relaciones con otros miembros del hospital que han sido claves en esta nueva etapa de digitalización. De una u otra manera había un mayor nivel de confianza para solicitar su participación en el servicio de telesalud y mejores resultados en ello.

Sumado a ello, desde 2018 en el contexto más amplio de la Reforma de Salud (2013), la gestión empleada desde el Ministerio de Salud ha adquirido un enfoque territorial que ha dado forma a lo que se conoce como las Redes

Integradas de Salud. Las RIS, como su nombre lo indica busca reducir la fragmentación que existe en el sistema de salud de manera que se aseguren que la población a la que responden acceda de manera oportuna y directa a los servicios que brindan de manera articulada y coordinada. Como plantean Cosavalente-Vidarte et al.:

Las RIS, buscan reorientar el modelo de prestación para transformarlo en un modelo de cuidado, poner énfasis en la gestión en red, redimensionar el financiamiento y fortalecer la gobernanza de la red para mejorar el desempeño del modelo de cuidado de la persona y la familia, y la respuesta intersectorial para optimizar la cobertura de determinantes sociales (2019, p. 322).

Este modelo de cuidado que busca agrupar diferentes centros en una red ha ubicado al Hospital Hermilio Valdizan en la DIRIS – Lima Este (Congreso de la República, 2018b)<sup>33</sup>. Ello ha propiciado el establecimiento de un intermediario en la relación que esta institución tenía con el Ministerio de Salud. Lo cual más que más que ralentizar la coordinación necesaria entre ambos; ha modificado el enfoque de las labores desempeñadas por este centro de salud. Por un lado, como otros actores, la DIRIS – Lima Este, se encuentra en un proceso de cambio y adaptación en el cual está construyendo sus propios objetivos y metas.

Por otro lado, la construcción de estos debe responder a las capacidades y posibilidades que poseen las unidades que la conforman. En ese sentido, como menciona Gloria Cueva, antes pensábamos que nuestra capacidad de respuesta como hospital debía dirigirse principalmente a Lima y luego a todo el país; pero ahora somos conscientes que también tenemos un compromiso con la comunidad y que nuestras metas deben considerar a esta población directa e inmediata.

### 3.1.3.2 En busca de la Reforma del Sistema de Salud Mental:

Así como existe un conjunto de lógicas que moldean las interacciones dentro del hospital y fuera de este. También existe un proceso determinado que influye en el desarrollo de estas y, por lo tanto, en la transferencia del Servicio de Telesalud. Desde 2013, se ha impulsado de manera sistémica la reforma de

---

<sup>33</sup> Ley N° 30885, establece la conformación y el funcionamiento de las redes integradas de salud



salud mental en el país, lo cual ha implicado llevado a cabo grandes cambios en aquellas instituciones prestadores de este servicio con la finalidad de reducir la brecha de atención y fortalecer la capacidad de respuesta a nivel nacional. Aunque como la reforma de salud, todavía se encuentra en progreso; es posible relacionar los pilares que componen esta iniciativa con el trabajo que se ha venido realizando desde el Hospital Hermilio Valdizan entorno a la digitalización.

Como mencionan Castillo y Cutipé (2019), la reforma de salud mental, como tal, ha buscado fundamentalmente introducir en la provisión, gestión y financiamiento de este tipo de servicios un enfoque de salud mental comunitaria. El cual, superando la visión y predilección por la atención hospitalaria propone establecer marcos de respuesta tomando en cuenta la participación de la comunidad y la atención interdisciplinaria de todo tipo de trastornos o enfermedades desde la primera etapa. Considerando ello, cuatro ejes del proceso de implementación de esta reforma responden directamente a los objetivos que el Hospital Hermilio Valdizan se ha planteado con el Servicio de Telesalud.

En primer lugar, una de las prioridades de esta reforma ha sido reducir la brecha de atención en servicios de salud mental a nivel nacional. Para lograr ello, se ha incluido como parte del Servicio Integral de Salud (SIS), de manera que esta universalización realmente asegure que los y las ciudadanas reciban respuesta a sus demandas en terapia, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Para Castillo y Cutipé (2019), la importancia de ello radica no solo en el aumento de la demanda de manera sostenida sino en la reducción de gastos extras por parte de los y las pacientes. Sin embargo, lograr ello no ha sido tan sencillo.

Como identifica Giancarlo Biaggi, el enfoque que ha predominado en la atención de salud mental ha estado directamente relacionado con los hospitales psiquiátricos y los procesos que se llevan dentro de estas instituciones. Sin embargo, por medio del Servicio de Telesalud, uno de los cambios notables ha sido responder de manera directa a una demanda pendiente en atención en las zonas más vulnerables mientras se protege el bienestar del paciente quien muchas veces encuentra grandes dificultades para recibir atención presencial por cuestiones relacionadas al trastorno mental que padece o no. En ese sentido,

la universalización de la salud mental es una meta factible por medio de la digitalización, pues no solo se amplía la cobertura sino también se responde al enfoque comunitario que posee la reforma.

En segundo lugar, así como se ha propuesto responder a la reducción de la brecha de atención por medio de SIS en salud mental. El segundo eje que conforma esta reforma está relacionado con la promoción de los centros de salud mental comunitaria (CSMC). Estos establecimientos según la Ley de Salud Mental (Ley N° 30947):

Satisface las necesidades de una población jurisdiccionalmente determinada en una red de servicios de salud. Promueve la participación de la comunidad organizada. Promueve la recuperación total, la inclusión social de las personas con problemas de salud mental, así como la continuidad de los cuidados de la salud de las personas, familias y comunidades. (Congreso de la República, 2019, p. 7).

Estos centros, al plantear este enfoque no solo se constituyen como unidades de respuesta inmediata a la ciudadanía que se encuentra en el espacio donde ellos operan sino también de respuesta directa.

En ese sentido, este proceso pasa principalmente por fortalecer el primer nivel de atención frente a la ciudadanía. Siendo necesario para ello, contar con un personal preparado y especializado en cada centro. Como se ha mencionado previamente, uno de los mayores objetivos que tiene el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizan ha sido justamente formar capacidades permanentes en estos nuevos espacios considerando la deficiencia de recursos humanos que la especialidad de psiquiatría posee. Como menciona Jean Núñez del Prado, nuestro compromiso al promover el Servicio de Telesalud ha sido desde un principio transferir diversas herramientas al personal de manera que estos centros resuelvan y aminoren la saturación que existe en los hospitales de tercer nivel.

Esta provisión de capacidades, así mismo ha buscado formar nuevas habilidades digitales en este personal para que también puedan brindar servicios en telesalud de manera efectiva y eficiente. Como establece el “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria (2018 - 2021)”, para asegurar la calidad de los CSMC es necesario,

Asegurar en cada usuario el conjunto de servicios más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos de los usuarios y los equipos de salud para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción de los usuarios con el proceso (MINSA, 2018a, p. 40).

Como expone Liliana Alva, quien elaboro el “Plan de Sensibilización y de Ejecución de Teleconsultas en Salud mental Lima y Regiones” (HHVM, 2019b), es fundamental que en este nuevo espacio donde se integran las tics, el usuario se tenga pleno conocimiento del servicio al que está accediendo. Lo cual, solo será posible si el personal encargado conoce como informar al ciudadano sobre ello de manera adecuada en un vínculo tan delicado e importante.

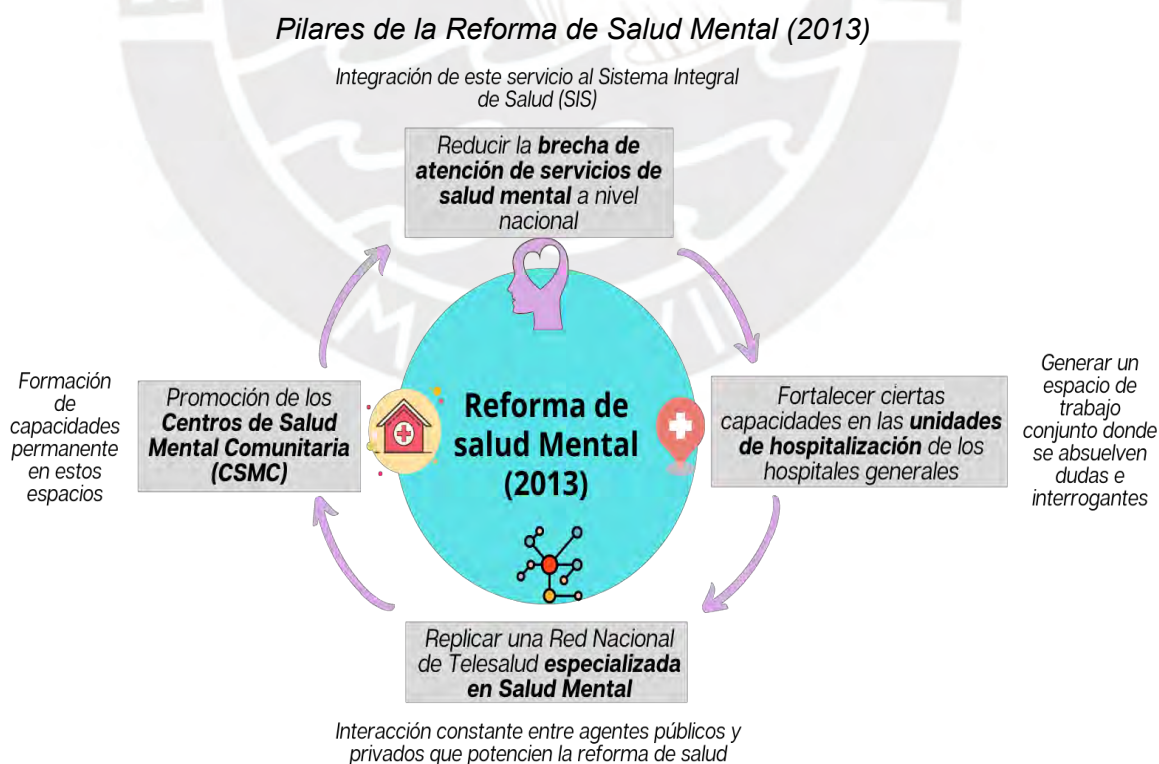
En tercer lugar, como es fundamental fomentar la profesionalización del personal de primer nivel, también lo es para el segundo nivel. La reforma, considera necesario fortalecer ciertas capacidades de las unidades de hospitalización de los hospitales generales. A nivel nacional, existen pocos centros especializados en salud mental que cuentan con el servicio de internamiento, considerando ello, contar con otras instituciones que puedan cumplir estas funciones es fundamental; más aún si estas no están encasilladas ni estigmatizadas como “hospitales psiquiátricos”. Como menciona Jean Núñez del Prado, gran parte del personal que atiende casos de salud mental en estas unidades solo cuenta con una formación general que le impide resolver de manera adecuada estas situaciones complejas.

En último lugar, como se ha mencionado previamente el rol que cumple la Red Nacional de Telesalud implica principalmente articular un conjunto de unidades con diferentes capacidades por medio del uso de las herramientas digitales. En el caso del Servicio de Telesalud, su función con respecto a la reforma de salud mental ha sido efectivamente construir una pequeña red que agrupe a los prestadores de salud mental a nivel nacional. Esta *mini red* que considera el enfoque comunitario que defiende este proceso, permite la comunicación e interacción constante entre diferentes actores que se desenvuelven en dimensiones que atañen a la salud mental. Ello, fortalece este proceso, al hacer partícipes a agentes que de otra manera no podían estar involucrados.

Para Jean Núñez del Prado, el eje de teleeducación que acerca de manera directa la salud mental a la población los ha facultado para potenciar el trabajo que venían realizando con actores como las Unidades de Gestión Educativa Local (UGEL). Mediante el cual, capacitaban a cierto personal que tenía la labor de “consejero escolar”. Este tipo de funciones, han sido más sencillas o fluidas justamente por la naturaleza del Hospital, las relaciones que posee y los recursos con los que cuenta.

A grandes rasgos, como muestra el siguiente gráfico; la conformación y desarrollo del Servicio de Telesalud está íntimamente relacionado con la reforma de salud mental (2013). En ese sentido, el énfasis y prioridad que el equipo de telesalud y en general el hospital ha dirigido a las telecapacitaciones solo puede ser comprendido si se toma en cuenta la necesidad de cerrar las brechas de atención en esta especialidad y las deficiencias de personal preparado para ello. Como plantea, Gloria Cueva, la telesalud es una herramienta que responde perfectamente a la psiquiatría.

Gráfico 20.



Fuente: Elaboración propia. En base a Castillo y Cutipé, 2019, p. 327-329.

En ese sentido, lo que hace el uso de las tics en esta área es empoderar a los prestadores de salud mental a nivel nacional de manera que respondan a la ciudadanía sin romper los vínculos con su comunidad y tengan confianza en ello.

### 3.2 Sentando las bases a largo plazo (2020):

Esta etapa que ha iniciado a principios de 2020 aunque no sido tan extensa como la anterior considerando que se ha visto interrumpida por la coyuntura actual, ha permitido centrar el trabajo del hospital en dos aspectos cruciales, que fortalecen la sostenibilidad de esta política a largo plazo. Por un lado, se han ampliado las metas con respecto al desarrollo de los ejes de Telesalud; lo cual no solo ha generado mayor movilización de recursos sino de persuasión y negociación. Por otro lado, como en el caso de la Red Nacional de Telesalud, la institucionalización de este servicio ha estado acompañada por la consolidación de una identidad asociada al liderazgo en salud mental y digitalización.

#### 3.2.1 En búsqueda de nuevas metas: ¿han buscado cambios?

Desde 2019, el compromiso del hospital mediante el servicio de telesalud se extendió hacia otras regiones de manera más consistente. Ello generó que, para fines de ese año, se llegarán a realizar 99 interconsultas; observando esos resultados para 2020, el equipo de telesalud elaboro el “Plan de Telesalud 2020” donde se planteó metas más amplias en el desarrollo de los ejes de esta nueva dimensión (HHVM, 2020a).

Gráfico 21.

#### *Micro estrategias para la institucionalización*



Fuente: Elaboración propia

Como muestra el gráfico anterior, dos estrategias fueron cruciales. Por un lado, se incrementó el número de teleconsultas mensuales de 4 a 10. Ello no solo implicó una movilización de recursos materiales e inmateriales; sino también una mayor coordinación dentro de los miembros que participan de estas actividades. Este esfuerzo en seguir proporcionando un mayor número de atenciones está relacionado con una de las micro estrategias que suele resaltar Dussauge (2017), durante esta segunda etapa como es la legitimación. Si bien, el servicio de telesalud para los miembros del hospital ha demostrado ser eficiente y adecuado a los fines que persiguen es necesario que también lo sea para actores externos que de manera indirecta pueden estar involucrados en el proceso. Como menciona Liliana Alva, este esfuerzo de aumentar las metas de trabajo dio como fruto que para fines de 2020 se hayan llevado a cabo 300 teleconsultas aproximadamente. Las cuales, acercan la labor del hospital a CSMC, al MINSA y sobre todo a la población.

Por otro lado, el desarrollo de planes anuales puede que en primera instancia no parezca tener un ímpetu de institucionalización. Sin embargo, a diferencia del trabajo desarrollado por DITEL y DIGTEL, el equipo de telesalud del Hospital debe responder a un marco de trabajo mucho más amplio que no depende únicamente de él. En ese sentido, estos planes de trabajo que presentan pequeños pero significativos cambios, permiten que el hospital efectivamente se encarga de aquello que si recae directamente en sus manos. Retomando la clasificación de Dussauge (2017), esta acción responde a la micro estrategia de desactivación de conflictos. Mientras exista una proyección de trabajo más moderada en tiempo y espacio, es posible que de manera inmediata sea pueda responder a situaciones inesperadas y crítica.

Como menciona, Gloria Cueva, la pandemia es una coyuntura que ha sorprendido a todos. Sin embargo, que el hospital haya contado con un servicio de telesalud establecido y en expansión ha permitido responder de manera adecuada a esta situación y realizar cambios necesarios para no paralizar el trabajo que se venía llevando a cabo. Un ejemplo claro de ello es que, en este contexto de crisis, una de las mayores demandas que la población ha tenido ha sido el apoyo y soporte emocional. Frente a ello, el equipo de telesalud fue unas

de las instituciones que más rápido respondió a ello creando el servicio de “Teleorientación”, el cual hoy en día es parte fundamental de la Red Nacional de Telesalud.

### 3.2.2 Identidad: ¿Cómo se ha construido su identidad a través de todo este proceso?

Un segundo elemento, de este proceso de institucionalización ha sido el fortalecimiento de cierto tipo de Identidad asociadas a la digitalización y participación en la reforma de salud mental. Ello está relacionado principalmente con tres aspectos relevantes, cuya conjunción e interacción ha producido un sentido de liderazgo y pertenencia al uso de las tecnologías de la información y la comunicación en los servicios de salud mental dentro de un ambiente multidisciplinario especializado.

En primer lugar, como ocurre en DIGTEL y DITEL, la conformación del hospital está marcada por la multidisciplinariedad. Sin embargo, esta multidisciplinariedad no es tan simple como parece. Dentro del hospital es posible ubicar a diversos tipos de profesionales que desempeñan funciones sumamente especializadas en salud mental. Ese recurso humano por supuesto, es sumamente valioso para responder a la demanda en atención que esta institución tiene; pero también puede ralentizar algunos procesos o actividades.

Por un lado, existe una diferenciación entre los médicos (psiquiatras) y los otros profesionales. En los cuáles se encuentran los psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, ingenieros, comunicadores, etc. Ello como es normal, genera que el acercamiento que cada uno tenga hacia el uso de las herramientas digitales en los servicios de salud mental sea distinto. Como menciona Liliana Alva, en un principio más que los psiquiatras, quienes parecían más abiertos y receptivos a digitalizar sus labores eran los y las psicólogas.

Por otro lado, más allá de la clasificación que puede generarse por la profesión en el caso de la formación que reciben los psiquiatras como profesionales de salud; también, existe subespecialidades. Como muestra la siguiente tabla, existen muchos departamentos que establecen diferentes prioridades en el acercamiento y trato de que le dan al paciente, lo cual según ellos puede verse potenciado o mermado por el uso de la tecnología. Como

menciona Giancarlo Biaggi, aunque la telesalud pueda traer consigo grandes ventajas para la capacitación del personal de salud y atención general a los pacientes o usuarios; en el área terapéutica puede complejizar la prestación de este servicio. Por ello, es importante ser consciente de esas particularidades y tomarlas en cuenta en todo este proceso.

Tabla 14.

*Conformación del Hospital Hermilio Valdizán*

Departamento	Encargado
Jefe del Departamento de Salud Mental del Adulto o Geronte	Edwin Apaza
Jefe del Servicio de Hospitalización	José Galindo
Jefe del Servicio de Consulta Externa	John Loli
Jefe del Servicio de Emergencia	Edwin Apaza
Jefe Departamento de Salud mental del Niño y Adolescente	Juan Lengua
Jefe Departamento de la Salud mental en familia	Lizardo Rodríguez
Jefe Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento	Augusto Mosquera
Jefe Departamento de Adicciones	Carlos Ordoñez
Jefe de Departamento de Enfermería	Nancy Villegas
Jefe de Departamento de Servicios Médicos	Carlos Chávez
Jefe Servicio de Odontología	Jorge Reyes
Jefe Servicio de Medicina Interna	Carlos Chávez
Jefe Departamento de Apoyo al Tratamiento	Marlene Barreda
Jefe Servicio de Nutrición y Dietética	Vicente Centon
Jefe Servicio de Trabajo Social	María Huarachi
Jefe Servicio de Farmacia	Ana Barreda
Jefe Departamento de Rehabilitación en Salud Mental	Romualdo Biaggi
Jefe Departamento de Promoción de la Salud Mental	Jean Núñez del Prado
Jefe Departamento de Apoyo al Diagnóstico	Kelly Almendras
Jefe Servicio Diagnóstico	Kelly Almendras
Jefe Servicio de Psicología Diagnóstico	Nelida Geldres
Jefe Centro de Rehabilitación de Ñaña	Rolando Zegarra

Fuente: Elaboración propia<sup>34</sup>

Esta doble multidisciplinariedad, como se mencionó previamente ha generado resultados diversos en este proceso de transferencia. Pues como menciona, Jean Núñez del Prado contar con profesionales tan especializados ha sido durante mucho tiempo uno de los mejores recursos que posee el hospital y el hecho de que hayan logrado gestionar esta diversidad a su favor ha fortalecido

<sup>34</sup> Ver Directorio del Hospital Hermilio Valdizán: <http://www.hhv.gob.pe/nosotros/directorio/>



esta entrada en la digitalización de manera notable. Al ser conscientes de que las herramientas tecnológicas no son lo mismo para todos y todas, conformar un equipo de telesalud realmente plural fue una respuesta válida en ese contexto.

En segundo lugar, esta valiosa multidisciplinariedad ha ido acompañada de un sentido y consciencia de liderazgo en el proceso de Reforma de Salud Mental (2013). Como se ha expuesto diversos documentos, uno de ellos, el “Seguimiento del Plan Operativo – III Trimestre 2016”,

El hospital Hermilio Valdizán es una institución líder en la reforma de la salud mental y psiquiátrica del ámbito nacional, desarrollando acciones comunitarias, preventivas, promocionales, recuperativas y de rehabilitación; con calidad, ética, equidad e interculturalidad. Promoviendo la enseñanza, investigación, atención especializada y altamente especializada, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y desarrollo psicosocial de la población peruana (HHVM, 2016b, p.4).

Para el Hospital, sus funciones desde un principio han respondido a los objetivos que plantea este proceso necesario en el sistema de salud. Considerando las capacidades que poseen, los logros que también ha tenido la reforma son fruto de un trabajo conjunto, en el cual, ellos tienen un rol fundamental. En ese sentido, como un medio para fortalecer este liderazgo, es necesario estar a la vanguardia de todo aquello que ya se viene realizando y que puede ser beneficioso para la ciudadanía en este aspecto:

En el marco de la implementación de la Reforma de Salud Mental y el contexto de gobierno digital; nuestro hospital se incorporó a la Red de Telesalud y viene realizando diversas actividades, haciendo uso de los TICs y se compromete a continuar a la vanguardia frente a las necesidades de nuestro país, a través de la aplicación de los cuatro ejes de la Telesalud: Telemedicina, Telecapacitaciones, Teleeducación y Telegestión (HHVM, 2019a, pg. 3)

Efectivamente como expresa la cita previa, todo el trabajo que desarrolla esta institución se enmarca en la reforma y responde a ella. Sin embargo, ello no ha impedido que tomen un rol activo en el proceso de digitalización, sino que, por el contrario, ha sido un gran incentivo. Justamente porque reconocen la gran ventana de oportunidad cuando muchos otros actores como el mismo Ministerio de Salud posicionen esta medida como una política nacional estableciendo una lógica de trabajo como la Red Nacional de Telesalud.

En tercer lugar, como hemos observado en el caso anterior, el liderazgo no se establece únicamente en aquellos espacios de los que siempre se ha sido parte, sino en los cuáles se ha participado activamente e innovado de ser necesario. Mientras que para el hospital y sus miembros es indudable el rol que juegan en el desarrollo de la Reforma de Salud Mental (2013), en el caso de la digitalización no siempre ha sido así. Por un lado, como en otros centros de salud en un principio se ha debido gestionar ciertas resistencias por parte de los algunos profesionales. Por otro lado, han experimentado una etapa de adaptación y cumplimiento de demandas externas.

A pesar de ello, esta percepción ha ido progresivamente transformándose, hoy en día, la digitalización es uno de los pilares que posee esta institución. Este sentido de pertenencia se manifiesta principalmente en dos aspectos: por un lado, como se menciona en el Plan de Telesalud 2020, el objetivo general del trabajo que está implementando el hospital se dirige a, “posicionar al Hospital Hermilio Valdizán como establecimiento de referencia en la aplicación de los cuatro ejes de la Telesalud” (HHVM, 2020a, p.3). Este posicionamiento implica principalmente liderar y dirigir la introducción de las tics en la salud mental a nivel nacional.

Por otro lado, ello no solo se ha reducido a una dimensión declarativa, sino que ha mostrado mejoras significativas que pueden ser replicadas por otros centros de salud. Como se establece, en el “Plan de Trabajo - Teleconsultas 2019”,

El Hospital Hermilio Valdizán en su función de establecimiento especializado en la atención de la Salud Mental, toma la iniciativa de impulsar el Piloto de Teleconsulta, que busca mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud consultantes para lograr un manejo más eficiente y evitar las derivaciones innecesarias, lo que redundará en un beneficio para los pacientes (HHVM, 2019c, p. 3)

Con este impulso, el hospital pasa a ser más que un espectador en el desarrollo de la Red de Telesalud, para convertirse en un miembro activo de este espacio y de esa manera tener mayor capacidad para organizar su Servicio de Telesalud a nivel nacional. Como menciona Liliana Alva, desde un principio ellos han contado con una cantidad de socios y aliados considerables que han

facilitado este proceso de respuesta al cambio y que a mediano plazo le han permitido explotar su carácter de organizador y articulador.

Como muestra el siguiente gráfico, esta dimensión que posee tres rasgos principales ha generado el establecimiento de una identidad de líder en la salud mental a nivel nacional, pero también en la digitalización en este aspecto como medio y fin en sí mismo. Este liderazgo, aunque en principio ha sido complicado, ha logrado hacer dialogar las posiciones variadas entre los médicos de manera que la multidisciplinariedad que las acompaña sea sobre todo un ventaja y beneficioso.

Gráfico 22.



### 3.3 Observando y aprendiendo:

Este fenómeno tan importante que se desarrolla en el proceso de transferencia, en el caso del Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizan posee tres aspectos principales que han jugado un rol fundamental. En primer lugar, el aprendizaje posee una línea de tiempo dinámica que inicia mucho antes de 2018. En segundo lugar, como en la implementación de la Red Nacional de Telesalud, responde a más de un tipo de aprendizaje. En tercer y último lugar, la

naturaleza de esta dimensión entorno a los actores y objetivos que se han establecido no siempre ha sido la misma.

Como es representativo del proceso de transferencia, la introducción de la política demanda el cumplimiento de ciertos requisitos que deben asegurarse antes de la etapa de construcción e institucionalización. En el caso del Servicio de Telesalud, el mayor requisito ha sido que los profesionales quienes se encargarían de ello estén provistos de un alto grado de afinidad por la digitalización y su uso en la psiquiatría, así como del conocimiento para llevar esto a cabo. Como menciona Gloria Cueva, en su trayectoria como médico ambos elementos estuvieron presentes, pero no existía un contexto adecuado para poder materializar ello hasta antes de 2018.

Asimismo, como es necesario realizar ciertos pasos previos y así allanar el contexto; también es necesario considerar que el aprendizaje sobre esta política no acaba con el proceso de institucionalización. La mayor evidencia de ello ha sido proporcionada por la crisis sanitaria, donde nuevas necesidades y prioridades han surgido, las cuáles han acelerado la expansión de este servicio mientras exigen mayor preparación en ciertos ámbitos. La publicación del “Plan de Teleseguimiento del Hospital Hermilio Valdizán” apunta justamente a responder a la demanda de atención en esta especialidad considerando que no se pueden realizar asistencia presencial (HHVM, 2020f). Como menciona Liliana Má, al aparecer nuevas expresiones en el proceso de digitalización tener el conocimiento para manejarlas y potenciarlas es fundamental.

Otra característica del aprendizaje que han emprendido los miembros del Hospital Hermilio Valdizán, es la diversidad que ha acompañado este proceso durante la construcción e institucionalización de la política. En primer lugar, el equipo de telesalud ha adquirido dos tipos de conocimiento para materializar el Servicio de Telesalud (policy learning). Por un lado, ha sido necesario que sean conscientes de todo lo que implica el uso de las herramientas digitales en el sistema de salud: normas, procesos, flujos de trabajo, etc. De manera que puedan integrarse a un espacio de trabajo más amplio como el que ofrece la Red Nacional de Telesalud y a la vez puedan innovar lo que ofrecen desde aquí.

Por otro lado, para complementar este aprendizaje general, también ha sido fundamental que aterricen toda esta información en el campo de la psiquiatría. Lo cual, si bien es su especialidad, ha demandado en ocasiones repensar proceso que históricamente establecidos en la atención a un paciente, diagnóstico o seguimiento. Como menciona Giancarlo Biaggi, en la psicoterapia es mucho más relevante explotar las ventajas que ofrece la telesalud de manera que se pueda gestionar adecuadamente aquello que inevitablemente ya no se puede realizar. Para ello, es fundamental no solo aprovechar el uso de las herramientas digitales sino relacionar este empleo con interacciones características de este tipo de prestación.

En segundo lugar, así como es importante conocer las generalidades y especificidades para materializar la política (political learning). Es fundamental reconocer que esta iniciativa se inserta en este caso en dos contextos distintos. Por un lado, un contexto nacional que efectivamente apoya y aprueba la digitalización. Por otro lado, un ente rector como es el Ministerio de Salud que busca articular e institucionalizar estas prácticas de manera que respondan a los mismo criterios de trabajo, evaluación y desarrollo. En ese sentido, para el hospital ha sido esencial identificar la posición de ambos actores de manera que el Servicio de Telesalud se inserte en un ambiente amigable y favorable.

En tercer lugar, como la política se inserta en dos contextos externos en este caso favorables, también se inserta en un contexto institucional propio. Para ello, ha sido fundamental que dentro del Hospital quienes han sido los mayores impulsores de esta política, es el caso de Gloria Cueva y el Equipo de Telesalud identifiquen la posición y percepción de los otros miembros (relational learning). En ese sentido, negociar y persuadir a aquellos profesionales que por diversas razones se resisten a utilizar estas nuevas herramientas ha demandado conocer cuáles son los orígenes o causas de estas resistencias. Las cuáles como menciona Jean Núñez del Prado, muchas veces han estado fundadas en el miedo y desconocimiento, un factor que se repite constantemente.

En último lugar, llevar a cabo esta política también ha implicado que el personal del hospital aprenda sobre sí mismo reforzando o modificando ciertas percepciones (self learning). Para tener éxito y ser eficiente en la construcción e

institucionalización de la política ha sido necesario que quienes la han impulsado conozcan cuales son las mayores cualidades y por supuesto, deficiencias que poseen y que pueden beneficiarlos o afectarlos. Por ejemplo, para el equipo de Telesalud es claro que en su hospital el proceso de digitalización no ha sido tan sencillo por la clasificación etaria de sus médicos, quienes han desconfiado de esta iniciativa. Sin embargo, también son conscientes que su lugar a nivel nacional en el área de salud mental es considerado y reconocido por los demás; lo cual los faculta para tomar ciertas decisiones a diferencia de otros.

Así como este proceso ha consistido en cuatro tipos de aprendizaje, también posee una naturaleza diferenciada de acuerdo con cada etapa de la política. Considerando la conceptualización desarrollada por Dunlop (2009), como muestra el siguiente gráfico se observan dos etapas en este proceso.

Gráfico 23.

*Tipos de interacción desarrolladas en el Servicio de Telesalud*

		Control de los tomadores de decisión sobre los objetivos – fines	
		Alto	Bajo
Control de los tomadores de decisión sobre los medios - contenido	Alto	<b>Aprendizaje Auto – dirigido HHV (2019)</b>	Aprendizaje Informal
	Bajo	Aprendizaje No formal	Aprendizaje Formal <b>HHV (2018)</b>

Fuente: Elaboración propia. En base a Dunlop, 2009, p. 296.

En primer lugar, desde 2018 el servicio de telesalud ha debido responder a las demandas que ha establecido DIGTEL para poder ser parte de la Red de Telesalud. En esta fase de adaptación el aprendizaje puede ser clasificado como formal, donde el rol de otros actores tiene una gran influencia en el

establecimiento de fines y objetivos, así como en los medios y contenido de la política. Desde el MINSA, al priorizarse la realización de teleconsultas y teleinterconsultas, se debilitó el desarrollo del eje de telecapacitaciones; el cual era fundamental para el hospital y sus miembros considerando el contexto. Aunque lograron, responder a este gran desafío, sin duda tuvieron que aplazar y postergar un poco sus intereses.

En segundo lugar, durante la segunda etapa iniciada en 2019, la presencia del MINSA se reforzó en otros espacios principalmente a nivel regional; lo como muestra el siguiente gráfico, estableció otro panorama para el servicio de telesalud. Al poseer más autonomía y capacidad, sus decisiones se mostraron más dinámicas y completas de tal manera que el control sobre la decisión de objetivos y fines como medios y contenido fue mucho más alto. En esta fase no solo accedieron a construir una identidad de liderazgo en la digitalización, sino que propusieron y plantearon medidas innovadoras en ejes como telemedicina.

Como se puede observar, el proceso de aprendizaje es transversal a todo el desarrollo de la política. Las tres características que poseen, aunque toman en cuenta diferentes ángulos, exponen efectivamente esta diversidad y multiplicidad que ha sido fundamental para comprender la trayectoria que sigue el Servicio de Telesalud.

#### 3.4 Conclusión parcial:

Tomando en cuenta la información expuesta previamente, es posible realizar una conclusión parcial de lo que ha implicado este proceso de transferencia. Como en el caso anterior, es posible extrapolar los principales rasgos de esta trayectoria a la clasificación desarrollada por Murray y otros en 2011. La cual, según la siguiente tabla, toma en cuenta el conjunto de relaciones que se generan y que se ven afectadas por la introducción de la tecnología; así como esta se inserta en un contexto determinado dentro y fuera del hospital y, por último, que habilidades o características hacen de este proceso más sencillo y efectivo.

Tabla 15.

*Dimensiones aplicadas al desarrollo del Servicio de Telesalud*

<b>Interacción Empleada (IW)</b>	<b>Conjunto de Habilidades Empleadas (SSW)</b>
La relación que se ha establecido entre los pacientes y el personal de salud a medida que se han ido introduciendo las tics se ha complejizado de cierta manera. En ese sentido, los profesionales de este hospital y miembros del equipo de telesalud han buscado diversas formas para que este proceso de innovación no afecte las bases y principios de la atención brindada.	A nivel del hospital, se reconoce que no todo el personal contaba con las capacidades para dirigir el equipo de telesalud. Por ello, se priorizo a aquellos con mayor afinidad a ese proceso, quienes se encargaron de realizar las capacitaciones necesarias y organizar actividades relacionadas a ello.
<b>Integración Relacional (RI)</b>	<b>Integración Contextual (CI)</b>
Como la relación entre los pacientes y el personal de salud se ha visto modificada, así también; la interacción entre los miembros del hospital ha sufrido modificaciones. En ese sentido, el equipo de telesalud se ha asegurado de que sean las herramientas digitales las que se adapten a las labores que realizan y no viceversa.	El Servicio de Telesalud, como se mencionó previamente se ha insertado en un contexto nacional favorable a la digitalización desde el gobierno central y el MINSA. Sin embargo, esta integración, ha contado con un contexto mucho más específico pero primordial para esta política como es la Reforma de Salud Mental (2013).

Fuente: Elaboración propia. En base a Murray et al., 2011, p.3.

Así como en el desarrollo de la Red Nacional de Telesalud, el Servicio de Telesalud ha modificado la interacción entre el personal de salud, pacientes y su entorno más cercano. Estos cambios necesarios, se han llevado a cabo en un entorno mucho más complejo, considerando la naturaleza de los servicios de salud mental y los obstáculos que históricamente han enfrentado. En ese sentido, la introducción de las tics no puede ser entendida sin considerar un proceso fundamental como la Reforma de Salud Mental (2013), frente a la cual, la digitalización se convierte en un nuevo impulso que fortalece las ideas base de pedido de mejora.

Asimismo, al enfrentar una serie de desafíos similares a los de DIGTEL, como son la resistencia (desconfianza y miedo) del personal de salud, el equipo de telesalud del hospital ha apelado principalmente a persuadir y convencer mediante incentivos la participación de diferentes actores. Lo cual, no ha eclipsado el uso que en ocasiones ha hecho la dirección general de su capacidad



para fomentar esta política de manera directa y frontal. Esta verticalidad, ausente en el desarrollo de la Red Nacional de Telesalud ha sido comprensible si se considera la presión externa que enfrentaron durante la primera etapa.

Más allá de ello, el proceso de transferencia en este caso ha marcado cierta distancia con lo desarrollado desde el Ministerio de Salud (MINSA) sobre todo en el empeño y trabajo que han destinado al eje de telecapacitación frente al eje de telemedicina. En ese sentido, a medida que este fenómeno de ha ido desarrollando se han observado mayores particularidades en cada caso que brindan un panorama más completo de lo que realmente significa e implica digitalizar. Nuevamente, sin considerar criterios de éxito o fracaso es notable que tanto en la Red y el Servicio, los intereses y objetivos de las emprendedoras y sus equipos sigan vigentes.

Por supuesto, el Servicio de Telesalud, también está buscando seguir expandiéndose a nivel nacional, liderando la Reforma de Salud Mental con nuevas herramientas. A medida que ello continúe, seguramente se identificarán nuevos desafíos relacionado con la diversidad que existe en otros espacios y que confrontan las definiciones ya construidas entorno al bienestar, la tecnología o el uso de esta.

## Capítulo 4: Una discusión pendiente

Luego de realizar un análisis concreto sobre lo que ha implicado el proceso de transferencia en cada caso. Existe la necesidad de comparar ambos fenómenos y con ello, tener una visión más amplia de lo que implican para el sistema de salud peruano. Más allá de que efectivamente se comprueba que la presencia de estas emprendedoras públicas es el factor determinante en la introducción de las tics y que ellas han establecido estrategias para aprovechar un contexto global y nacional favorable. La discusión se complejiza cuando cada caso parece estar lleno de particularidades sumamente relevantes que no pueden ser ignoradas.

### 4.1 Procesos parecidos, pero no iguales:

En ambos casos se ha podido comprobar que a grandes rasgos su desarrollo expone el establecimiento de procesos similares sobre todo en la primera etapa. Para las dos emprendedoras ha sido fundamental adaptar el espacio institucional en el cual se ha introducido la política para lo cual han apelado en primera instancia a utilizar la “conceptualización” desde un aspecto más político y práctico que teórico y legal. Como menciona Gómez (2019), transferir más que movilizar implica reconocer que aquella idea está compuesta por elementos que son ajenos al contexto en donde será introducida y que ello demanda cambios y mucha capacidad para hacerlos realidad.

Una idea general que implica principalmente el uso de herramientas tecnológicas se ha convertido por un lado en una Red Nacional de Telesalud centrada en la provisión y asistencia prestacional y por otro lado en un Servicio de Telesalud enfocado en crear y reforzar capacidades especializadas en salud mental en el personal de salud. Ello que no es casualidad, sino que responde a una trayectoria que todavía se encuentra en curso, en palabras de Thomas y Bertolini parece haber superado la asunción que considera que lo que ha funcionado en un contexto lo hará en otros de igual manera (2015, p. 541). Es así, que la construcción de estas iniciativas ha estado provista de una estrategia

de construcción marcada por cambios y adaptaciones (resignación) frente a obstáculos y limitaciones.

En primer lugar, ambos equipos encargados de las iniciativas parecen haberse planteado la siguiente pregunta: *¿qué es lo queremos lograr?* En los dos casos, la respuesta ha sido mejorar la calidad de atención prestada a la ciudadanía. Un vez claro este consenso, han pasado a una pregunta igual de importante: *¿cómo podemos lograr ello?* Aunque frente a este cuestionamiento el camino elegido ha sido distinto (Telemedicina y Telecapacitación), en algo han coincidido y es el hecho de que lograr ello demandaba ser capaces de fortalecerse institucionalmente creando sobre todo una red de apoyo y colaboración con diferentes actores estratégicos para luego responder a un entorno más amplio y, por lo tanto, complejo.

Solo una vez concluida esta etapa cargada de negociaciones y respuestas para ambas emprendedoras, ha sido factible dirigir su atención y trabajo a un espacio mucho más amplio.

En segundo lugar, por supuesto no todo ha sido tan sencillo como parece e incluso las dificultades que han atravesado ambas iniciativas son compartidas. Como se mencionó previamente, dos elementos resultan siendo los obstáculos más grandes para las políticas de salud digital a nivel nacional, regional y global. Estos son la precaria infraestructura tecnológica y la falta de voluntad política para llevar a cabo los cambios necesarios. ¿Cómo han respondido a ello las emprendedoras de política pública? Sin duda este es uno de los puntos más resaltantes, pues no han tenido que responder a ello. Al plantear en ambos casos una conceptualización minimalista entorno a la digitalización que parte de la promoción y acceso a tecnología sencilla y cotidiana han evitado incluir esta realidad como una prioridad o, mejor dicho, su prioridad.

Así como ambos casos han respondido a las dificultades y han planteado sus estrategias de manera similar pero no igual, en el trabajo de las emprendedoras también puede identificarse una gran capacidad para ubicar como sus políticas se insertan en un contexto que supera los fines y objetivos que ellas puedan poseer, pero para los cuales las políticas funcionan como grandes catalizadores a los cuales no vale oponerse (Dolowitz 2020). Estos

contextos a los que se hace referencia están marcados principalmente por reformas que se han gestado desde principios de 2013 y se han formalizado a partir de 2017.

Por un lado, la Reforma del Sistema de Salud y, por otro lado, la Reforma de Salud Mental que supera el mismo sistema de salud. Estos elementos que no son estáticos se renuevan con la llegada de esta nueva etapa que marca la digitalización. En primera lugar, se rescatan objetivos que parecían haberse vuelto ideas significativas, pero casi inalcanzables como reforzar la atención en el nivel primario de manera constante y promover un enfoque integral que concilie el aspecto físico y mental.

En segundo lugar, se abre un camino realmente significativo para llevar estas ideas a la práctica. Si bien, es cierto que estas propuestas como centro de ambas reformas se habían venido trabajando mediante ciertas acciones, se encontraban incompletas. En ese sentido, las emprendedoras de política pública comprendieron que mediante los ejes de telesalud (Telemedicina, Telecapacitación, Telegestión y TeleIEC), estos objetivos eran factibles. Por un lado, al potenciar las prestaciones de salud a distancia a nivel nacional se respondía a la gran brecha que durante años se ha mantenido a nivel nacional donde solo un porcentaje mínimo ejerce su derecho a la salud con calidad y oportunidad.

Por otro lado, se creaban las capacidades a nivel general mediante las teleconsultas generando la interacción entre médicos de diversas áreas a nivel nacional. Pero, sobre todo, se promueve la adquisición de capacidades especializadas como es la atención en salud mental. La conceptualización, del Servicio de Telesalud hace factible que el personal del Hospital Hermilio Valdizan pueda gestionar espacios de enseñanza y acompañamiento con diversos actores a nivel nacional como: áreas de emergencia en hospitales generales, Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) o UGEL.

Definitivamente ambas políticas siguen una trayectoria que las lleva a plantear estrategias parecidas y sostenerse en un contexto que, aunque las supera en tiempo, apoya los ejes sobre los que se construyen. En ese sentido,

es importante rescatar una idea central que acompaña a los equipos que están a cargo de estas políticas: la digitalización ante todo sigue siendo un medio efectivo para los fines que persiguen, los cuales más que relacionados con el uso de las tics en sí mismo, buscan la mejora en la provisión de la atención a la ciudadanía. Como menciona Witting y Dudley en 2019, muchas veces quienes impulsan nuevas políticas de cierta rama, no son especialistas en aquella materia pues lo que se encuentra detrás de ello son motivaciones e intereses que preceden su ocupación en dicho cargo. Tanto Liliana Má como Gloria Cueva pertenecen a este grupo donde más que conocimiento, lo que está detrás son preferencias que se han ido formando con el tiempo y la experiencia.

#### 4.2 Todo cuenta: el uso y construcción de diferentes recursos

Cómo se mencionó en el apartado anterior, en ambos casos se sigue un conjunto de procesos similares relacionados a la construcción e institucionalización de las políticas. Y así como la trayectoria, motivaciones y preferencias de las emprendedoras explica mucho de ello, también existe un elemento que es el rasgo más característico de estas iniciativas y es el hecho de que tanto la integración a la Red Nacional de Telesalud como el establecimiento del Servicio de Telesalud, son iniciativas voluntarias. Es decir, ningún centro de salud a nivel nacional ha estado obligado a formar parte de este espacio ni someterse a los requisitos que establece el MINSA para ser aceptado.

Este carácter voluntario, ha complicado el tipo de estrategia, pero sobre todo los recursos que han utilizado ambas emprendedoras, pues si bien se contempla como una iniciativa valiosa no ha estado al nivel de otras medidas. En ese sentido, de esta segunda comparación se extrae una idea sumamente relevante es que, en ambos casos, los equipos encargados de la política han recurrido a todo tipo de recursos para materializar sus objetivos. Desde herramientas de carácter legal como normas, directivas, planes, etc., a convenios de gestión o mesas de trabajo. Pero, sobre todo, han propuesto el uso de herramientas intangibles como la capacidad de negociación, diálogo y persuasión.

La predisposición a utilizar este tipo de recursos ha estado claramente influenciada por el hecho de que en ambos casos las dificultades para introducir este tipo de herramientas tecnológicas, no estaba relacionado únicamente con

aspectos administrativos, presupuestales o de gestión. Como mencionaba Liliana Má, muchas veces, aunque a nivel organizacional todo se encontraba listo para iniciar con el servicio de telesalud, los obstáculos provenían de otros espacios o tenía otro origen. Lo mismo se generaba en el Hospital Hermilio Valdizán, para Liliana Alva, aunque se tomaban todas las precauciones para promover la participación de todo el personal, muchas veces este se negaba o justificaba.

Estos orígenes desconocidos, que no han sido una excepción en estos casos pues como mencionaba Elizabeth Espinoza se deben a una fuerte resistencia que ha existido desde hace mucho en el sistema de salud ha sido el punto más débil de las políticas que solo buscaban adaptarse y extender su alcance. Aunque esta resistencia frente al cambio tiene múltiples fundamentos, uno de los más cruciales ha sido el “miedo” que diversos profesionales de la salud sienten frente al uso de herramientas hasta cierto punto desconocidas.

Identificando que este miedo era un punto clave para avanzar en las políticas, ¿cómo se combatió? En ambos casos, la mejor forma de vencer aquella resistencia ha sido crear incentivos y hacer valioso integrarse a ambas políticas; al crear espacios donde se generará una transferencia constante de capacidades en diferentes áreas. Por un lado, en la Red Nacional de Telesalud mediante las telecapacitaciones que tiene lugar todos los días en su plataforma YouTube y las teleconsultas donde se establecen dinámicas de cooperación entre Hospitales de Tercer Nivel y Centros de salud de Primer Nivel. Por otro lado, en el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizán desde donde se han organizado programas de teleconferencias mensuales desde 2019 y también se han dictado cursos con creditaje en alianza con otros actores que comparten el mismo interés.

Como mencionan Swainson y De Loe, los recursos que se utilizan en un proceso de transferencia no siempre son los mismos en todas las etapas, pues muchos de estos se van adquiriendo a medida que la política se va estableciendo (2011, p. 58). Al recuperar esta dimensión temporal, es posible identificar que, aunque ambas políticas no superen los cinco años, los equipos encargados de ellas han tenido claro que herramientas pueden y deben utilizarse para ciertas

etapas y cuáles no. Uno de los ejemplos más representativos de ello, son las modificaciones legales que en caso de la Red Nacional de Telesalud empezaron a promoverse con mayor consistencia a partir de 2019 como parte del proceso de institucionalización de la política.

Lo mismo con el Servicio de Telesalud, que durante ese mismo año también buscó hacer más activa su participación en la formulación de la política a nivel nacional. Pues si bien, durante la primera etapa habían delimitado y especificado el desarrollo del eje de telemedicina esto se restringía al margen de acción que establecía para ellos la Dirección de Telemedicina. En ese sentido, ***la construcción de los recursos que pueden utilizar las emprendedoras está relacionado directamente con el poder y capacidad que progresivamente van adquiriendo y sobre todo la legitimidad que acompaña sus acciones.***

Por supuesto, aunque estas políticas comparten rasgos significativos en el tipo de recursos y el uso que le dan a estos dependiendo del tiempo u objetivos de ambas; también existen ciertas diferencias que atienden a contextos institucionales y trayectorias que no son las mismas. En primer lugar, claramente existe una jerarquía entre la Red Nacional de Telesalud y el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizan; en la cual el primero es quien establece y de cierta manera genera la pauta de trabajo para el segundo sobre todo en la primera etapa. Una etapa que es más de adaptación y respuesta.

En segundo lugar, esta subordinación también está relacionada al contexto institucional que acompaña a cada política. Por un lado, la Red Nacional de Telesalud necesita fortalecer de manera mucho más notable aquellos recursos relacionados con la persuasión y negociación pues como se menciona previamente el proceso de integración a la Red es voluntario. Por otro lado, esta naturaleza íntegramente horizontal no se observa en el proceso de introducción del Servicio de Telesalud ni dentro, ni fuera del hospital. Aunque efectivamente existe un impulso significativo de convencer y mostrar los beneficios de la salud digital a través del personal, como menciona Jean Núñez del Prado es una política del hospital que se trabaja desde la Dirección General.

Como menciona De Kruijf et al., más allá que esta necesidad de establecer cierta coerción sea buena o mala en sí misma, en los procesos de transferencia,

este ejercicio se relaciona con el nivel o posición que poseen quienes impulsan este cambio y las posibilidades que tienen para hacerlo (2012, p. 144). En el Hospital Hermilio Valdizan, a diferencia de la Dirección de Telemedicina era necesario y factible establecer este tipo de dinámicas por lo menos en primera instancia. Las cuáles para la formación y expansión de la Red hubiesen sido inviables e incluso contraproducentes.

En tercer lugar, así como el contexto institucional y el nivel de jerarquía generan modificaciones y cambios en el tipo y uso de recursos en el proceso de transferencia; el entorno extrainstitucional en que las políticas se ven involucradas también. Retomando la idea de De Kruijf et al., que considera que este tipo de procesos son sobre todo procesos de comunicación e interacción; las redes que envuelven la introducción de estas políticas pueden jugar un rol fundamental en la efectividad de estas (2012, p. 140). Mientras que DIGTEL y DITEL, eran instituciones totalmente nuevas dentro del Ministerio de Salud, el Hospital Hermilio Valdizán tenía ya más de cincuenta años de fundación.

Ello que en principio era una desventaja para la formación de la Red Nacional de Telesalud fue resuelto apelando a un nuevo tipo de interacción entre estas direcciones y los centros de salud, que como se expuso estaba marcada por la persuasión, la negociación y la confianza. En el caso del Hospital, como mencionaba Liliana Alva, en todo momento al construir el servicio de telesalud, ellos recurrieron a los contactos y relaciones que tenían con otros actores a nivel nacional desde hace mucho tiempo. En ese sentido, como menciona Rodgers, existe una relación directamente positiva entre el tamaño de la red y la movilización de los recursos que poseen las emprendedoras (2014, p. 302).

Lo cual, llevo a que, aunque ambas políticas sean recientes tengan la capacidad de establecer y fortalecer una red de trabajo favorable a las mismas que supere las acciones que podrían emprender dentro de sus propios contextos institucionales. Con un panorama más amplio de la construcción y uso de los recursos en cada proceso de transferencia; se puede considerar que efectivamente en ambos se apela a diversas herramientas de las cuáles resaltan aquellas que apelan de manera directa a la subjetividad de quienes están involucrados en la política como es el personal médico.



Asimismo, se puede observar que en ambos casos estos recursos cambian con el tiempo y suelen estar determinados por la capacidad y posibilidades que tienen las emprendedoras para acceder y hacer uso de ellos. Por otro lado, aunque las similitudes sean contundentes, también es cierto que una de las principales diferencias en esta instancia está relacionada por el entorno institucional y extrainstitucional que rodea a cada iniciativa. Como muestra el siguiente gráfico, para comprender que recursos y como se utilizan es necesarios tomar en cuenta la motivación, preferencias y conocimientos que poseen los encargados de la política en todo momento.

Gráfico 24.



#### 4.3 Un nuevo perfil y liderazgo:

Como se menciona en el apartado previo, este es un proceso cargado de subjetividad por parte de quienes impulsan la política como por quienes se ven involucrados en ella. Una de las ideas más significativas en el proceso de transferencia es que a medida que la política se va estableciendo en un entorno y lo va modificando, también modifica al equipo o personas que pueden estar detrás de ella. En ese sentido, en ambos casos ha sido posible observar como en la Red Nacional de Telesalud y el Servicio de Telesalud se han ido

fortaleciendo y formando ciertos rasgos en el carácter y las actividades que realizan los funcionarios y funcionarias.

En primer lugar, considerando la misma naturaleza de las políticas de digitalización se puede observar que, aunque efectivamente hoy día son mucho más difundidas, apoyadas y conocidas; años anteriores respondían más que todo a una aceptación discursiva que no se materializaba o llevaba a la práctica. Por el contrario, los avances en este campo se debían al esfuerzo determinado de servidores públicos interesados y motivados en desarrollar este tipo de iniciativas. Estos actores que no se diferencian mucho de los actuales, se destacan por compartir un perfil relacionado a la digitalización como estrategia de intervención ya sea por ser especialistas en este campo o poseer trayectorias afines a este.

En ambos casos, este perfil ha encontrado respuesta y eco en un entorno institucional donde más de un servidor público ha apostado por la digitalización y el liderazgo de las emprendedoras. Lo cual se ha visto potenciado por variados elementos como la permanencia que mucho de ellos y ellas poseen en el cargo, la multidisciplinariedad del equipo y el ritmo de trabajo que han propuesto para ambas políticas.

En segundo lugar, como existe cierto perfil e identificación entre quienes han venido trabajando estas políticas; ¿qué cambios ha propiciado estas iniciativas en quienes las emprenden? El principal cambio se ha gestado en una dimensión esencialmente subjetiva como es la identidad, la cual efectivamente se ha modificado mediante la introducción de estas iniciativas y ha servido también como un recurso importante sobre todo en la etapa de institucionalización que demanda mucho más consistencia y persistencia.

Como se menciona previamente uno de los rasgos más significativos de las políticas es que han mantenido y profundizado el acercamiento a todas las dimensiones que conforman la salud digital. Lo cual se debe a la multidisciplinariedad que acompaña ambos equipos. Este factor no es solamente un instrumento, sino que se ha convertido en un pilar de la identidad de estos grupos, quienes apelan a esta cuestión para legitimar más aún sus posiciones e intereses. Asimismo, este auto reconocimiento que se observa en ambos casos

les ha permitido mantener esa dinámica y flujo de trabajo en una etapa tan importante como es la de institucionalización. La cual, no está sirviendo únicamente para reforzar lo avanzado en una primera etapa de construcción, sino efectivamente sentar las bases del trabajo a futuro dentro de los márgenes que ya se han planteado.

En tercer lugar, con la formación y consolidación de esta identidad ha venido la formación de cierto liderazgo en ambos casos. El cuál como menciona Welsh, está relacionado con la necesidad de establecer un manejo estratégico de la política acompañado de una gran capacidad para interactuar con otros y erigirse como representantes de esta (2010, p. 543). Para la autora, como muchos de los procesos de transferencia se establecen sobre la promoción de iniciativas novedosas que suelen no encontrarse en el sistema, quienes dan el primer paso hacia ellas se sienten con la licencia y legitimidad para considerarse a sí mismos como pioneros en el proceso. Ello es lo que se observa en ambos grupos, acompañado de ciertas características ligadas a necesidades inmediatas.

Por un lado, en la **Red Nacional de Telesalud** el liderazgo ejercido por DIGTEL y DITEL inicia durante la segunda fase de construcción de la política en 2018. Mientras que, en 2017, el trabajo de ambas direcciones se centra en pocos centros de salud; al año siguiente ya tienen la necesidad de darse a conocer a nivel nacional frente a muchos más actores. En ese sentido, este liderazgo ha estado caracterizado por dos factores: en primera instancia, es un liderazgo como menciona Liliana Má de “high performance” que busca motivar al entorno a integrarse a este espacios y en segunda instancia, por supuesto, es un liderazgo relacionado directamente al proceso de digitalización del cuál se sienten parte.

Por otro lado, en el **Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizan**, el liderazgo también inició en la segunda fase de construcción de la política a partir de 2019, periodo en cual tenían mayor margen de acción luego de cumplir y responder los requisitos establecidos por MINSA. Asimismo, este liderazgo ha estado caracterizado por dos rasgos resaltantes: en primera instancia, a diferencia de DIGTEL y DITEL, el hospital ya venía siendo líder de otra instancia como es la salud mental sobre todo como parte de la reforma de salud mental y

en segunda instancia, un liderazgo en tele-psiquiatría que ha ido creciendo de manera progresiva.

En ambos casos, el liderazgo ha ido fortaleciéndose a medida que la política ha ganado reconocimiento y éxito a nivel nacional. Sin embargo, esta se ha establecido tanto como un medio para promover la digitalización y un fin en sí mismo de acuerdo con los objetivos y metas que poseen con respecto a ella.

#### 4.4 Aprendiendo sobre la marcha:

Como en reiteradas oportunidades se ha mencionado, un proceso de transferencia implica ante todo un proceso de adaptación donde ideas globales y generales son transformadas en iniciativas directas, determinadas y acotadas. Para lograr ello, es necesario que quienes están encargados del desarrollo de estas políticas sean capaces de aprender que elementos componen y caracterizan estas transformaciones y cuál es la estrategia más adecuada a fin de materializarlas (Glaser et al., 2019, p. 3). Al ser un elemento central desde este enfoque, el aprendizaje posee muchas características que lo convierten en un elemento complejo de analizar e incluso identificar en ciertas circunstancias.

En la presente investigación, lo que se ha observado es que efectivamente en ambos casos, el aprendizaje como tal, ha tomado la forma de un proceso transversal que supera la etapa de construcción e institucionalización de la políticas; ello se debe a que efectivamente ha gozado de cierta atemporalidad y autonomía estableciéndose de manera fluida y dinámica en las emprendedoras de política pública y sus equipos de trabajo.

En primer lugar, con respecto a la temporalidad de este proceso, al tener muchas dimensiones no establece un punto de partida definido en el cual se pueda considerar que tanto las emprendedoras como los miembros de los equipos encargados “comenzaron a conocer” sobre la política. Pues ello, implica ser consciente de cuáles son los elementos técnicos que la acompañan, pero también cual es la mejor manera de acercarse a ella o conceptualizarla y sobre todo que es necesario para motivar su introducción dentro del sistema frente a un entorno que se muestra tan diverso y complejo a nivel nacional.

Por un lado, en el caso de la Red Nacional de Telesalud, como Liliana Má ha enfatizado partía de un objetivo claro desde el principio que era: conectar los

servicios de telesalud a nivel nacional de manera que se optimice el uso de estos y se formalice su desarrollo dentro de un mismo espacio que comparta pautas, requisitos y recursos. Sin embargo, como ella también manifestaba para lograr ello existían diversos caminos que podían ser factibles de materializar en políticas; pues para elegir la mejor alternativa era necesario conocer y reconocer cual era la realidad de la Telesalud a nivel nacional.

Por otro lado, en el caso del Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizán, aunque era un proceso más acotado también existieron discusiones sobre cuál era la alternativa más viable para impulsar este cambio hacia la digitalización sobre todo frente a una Red que ya venía en construcción. En ese sentido, su objetivo de expandir y mejorar la prestación en salud mental se mantenía, pero el enfoque con el cuál lograrían ello fue estableciendo a medida que adquirirían mayor conocimiento técnico y político e identificaban cuál era la alternativa más viable para ello. Como menciona Jean Núñez del Prado, desde un principio estaban seguros de que las tics eran una necesidad institucional.

Exponiendo ambos casos, se puede observar que la mayor similitud que presentan entorno al proceso de aprendizaje es que efectivamente este se gesta sobre la marcha; no existe un momento totalmente clave en el cuál este se haya intensificado o paralizado; sino que durante todas estas etapas ha estado completamente presente y en muchas dimensiones. Retomando la idea de Glaser et al., el aprendizaje puede ser visto como el origen, continuidad y resultado de la política (2019, p. 3). Como lo muestra el siguiente gráfico; se comparten experiencias en ambos casos donde este factor se manifiesta de diversas maneras en el origen, continuidad y resultado de la política.

Gráfico 25.

*Línea de tiempo del proceso de aprendizaje*

Fuente: Elaboración propia. En base a Glaser et al., 2019, pg. 3.

En segundo lugar, así como el factor tiempo en su complejidad es fundamental para comprender como se ha gestado este aprendizaje; la autonomía con la que se ha dado también. Desde el enfoque de transferencias, como se mencionó previamente autores como Dunlop (2009), hacen hincapié en la participación que diversos actores pueden realizar durante este proceso, lo cual puede generar cambios en la forma en cómo se establecen las metas y objetivos de la política y los medios que se utilizan para materializarla.

Aunque con respecto a la temporalidad del proceso de aprendizaje, las similitudes sean notables; en relación con la autonomía ambos casos han atravesado etapas distintas. Por un lado, la Red Nacional de Telesalud desde 2017 que inicia el proceso de construcción ha mantenido y fortalecido un grado notable de autonomía que, aunque pudo; no se vio afectada por la expansión que impulsó durante 2018. Como menciona Cynthia Téllez, esta continuidad está relacionada directamente con que el equipo de trabajo haya logrado consolidarse durante estos casi 5 años y se hayan nutrido mutuamente defendiendo los ejes que sostienen esta política.

Por otro lado, el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizan, no siempre ha logrado mantener un nivel de autonomía en el proceso de aprendizaje; lo cual definitivamente se debe al nivel de coordinación y trabajo necesario durante la primera fase de construcción de esta iniciativa con DIGTEL. Al tener que responder a ciertos requisitos y demandas por parte de estos actores,

fue necesario ceder en el control que tenían sobre los medios y objetivos de la política en 2018. Sin embargo, esta situación cambió a partir de 2019, donde experimentaron mayor apertura a sus intereses y preferencias, ya que desde MINSA las prioridades se habían desplazado hacia otro tipo de centros de salud (primer nivel).

Más allá de estas diferencias que son importantes porque exponen el dinamismo que caracteriza al proceso de aprendizaje. Lo más resaltante está relacionado con el hecho de reconocer que, aunque las emprendedoras de política pública hayan aprendido sobre la marcha, esto no convierte a la política en una iniciativa improvisada. Como considera Minkman et al., este rasgo que caracteriza a la transferencia de políticas públicas solo puede ser comprendido si se considera que, por un lado, estas servidoras de política son nuevas en sus cargos y, por otro lado, están tomando riesgos al involucrarse en un espacio que recién está comenzando a ser definido y difundido como es el campo de la salud digital (2018, p. 230).

#### 4.5 Rompiendo el molde: entre el éxito y fracaso

Producto de esta comparación, se puede observar que efectivamente ambos casos poseen muchas similitudes en las etapas que atraviesan y los procesos que experimentan. Varios de estos hechos, además reafirman los supuestos que acompañan el enfoque de transferencia de políticas públicas como son la necesidad de adaptar el contexto, la identificación de los emprendedores con respecto a las políticas, la presencia de un aprendizaje constante, el uso de recursos complejos y variados, etc. A pesar de que estos puntos son cruciales, también es cierto que a través de las diferencias que se encuentran entre las iniciativas y las peculiaridades de cada una es posible cuestionar algunos de los puntos más representativos de esta perspectiva.

En primer lugar, uno de los puntos más críticos de la presente investigación ha sido el encuentro entre el molde metodológico que proporciona el enfoque de transferencia y la particularidad de cada uno de los casos. Como se mencionó en los primeros apartados, en este tipo de estudios el desarrollo se ha centrado principalmente en analizar un solo caso a profundidad o analizar múltiples casos, pero de diferentes países acerca de un mismo fenómeno. Ello por supuesto, ha

permitido formular notables generalizaciones a raíz de la diferencias que abarca a cada uno pero que permiten lograr un resultado similar.

Al incluir dos casos nacionales de un entorno parecido, en un mismo periodo de tiempo, como se han identificado patrones que coinciden, también se han reconocido cambios y transformaciones interesantes. Por un lado, a diferencia del esquema bastante organizado que plantea Dussauge (2017), donde se diferencia con claridad la etapa de construcción y posterior institucionalización. Lo que se ha observado en la Red Nacional de Telesalud y el Servicio de Telesalud ha sido un diálogo más estrecho y constante entre ambas fases considerando los retrocesos o avances en la política.

Por otro lado, mediante el enfoque de transferencia efectivamente se permite conectar muchas etapas de la política que llevan una idea general a una iniciativa concreta y observar toda una trayectoria. Sin embargo, esta visión tan amplia y significativa debe ir acompañada de mayor precisión en los conceptos o mayor apertura para ver mucho más allá. Por ejemplo, en ambos casos se ha identificado como las emprendedoras han recurrido a recursos que en otras instancias podrían ser ignorados como son el liderazgo, la confianza, la voluntad, etc. Tanto en la Red como en el Servicio de Telesalud, vemos como el ímpetu por persuadir al personal de salud que se resiste por miedo u otras razones a hacer uso de estas herramientas.

Tener definiciones más concretas o plurales entorno a poder, recursos, capacidad definitivamente permite reconocer estos nuevos elementos como expresiones de estos, que pueden resultar siendo igualmente efectivos dependiendo del contexto en que sean utilizados.

En segundo lugar, así como los recursos metodológicos que brinda el enfoque de transferencia política pueden mejorar acogiendo una visión mucho más amplia y tomando en cuenta fenómenos recientes, existe un punto clave en la presente investigación que debe abrir la puerta para la reflexión. Este punto, es el éxito que acompaña a cada caso; como se ha comprobado en ambas políticas se ha gestado un proceso de introducción de las tics en el sistema de salud gracias al trabajo de las emprendedoras de política pública y su equipo de



trabajo, los cuáles han aprovechado un contexto favorable a nivel nacional y global.

Considerando ello, cada caso ha completado el proceso de transferencia mediante las etapas de construcción e institucionalización de la política. Sin embargo, ¿ello permite hablar de casos exitosos? No necesariamente. Por un lado, determinar esta cualidad no ha sido desde el principio, uno de los fines de la presente investigación que busca conocer sobre todo el origen y la trayectoria que ha seguido cada política y como a través de ello se han establecido ciertos patrones que permiten formular generalizaciones en torno a la digitalización del sistema de salud peruano.

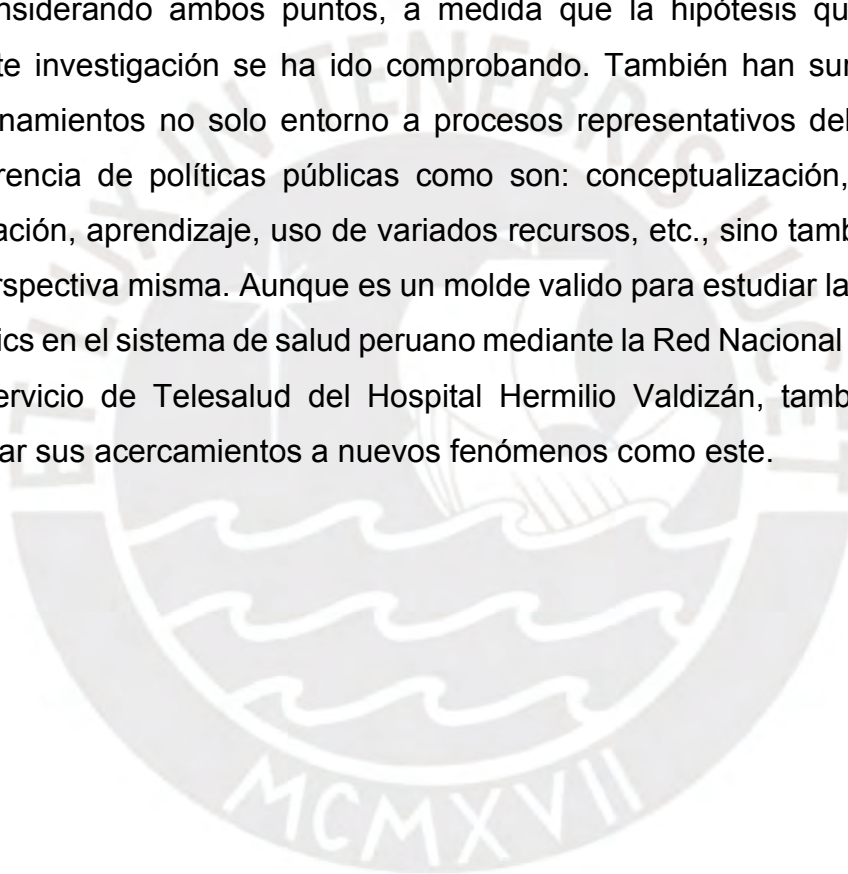
Asimismo, desde el enfoque de transferencia el éxito como tal, no es algo que haya sido totalmente resuelto por los autores y autoras (Alasuutari, 2014). Por el contrario, es una discusión pendiente, en la cual cada uno de ellos apela a diferentes criterios para esbozar este tipo de conclusión. Por ejemplo, mientras que unos consideran que el éxito se enmarca en el hecho que la política se concretó y fue transferida, otros toman en cuenta el fondo y la forma en la que la política fue transferida en relación con los intereses y objetivos de quienes impulsaron su introducción.

En ese sentido, si observamos detenidamente un caso frente al otro, se puede advertir que, aunque la política es producto del trabajo de cada institución y responde a muchos de sus intereses y objetivos. También, es reflejo de negociaciones y consensos; en los cuáles las emprendedoras tuvieron que ceder. Como menciona Jean Núñez del Prado, aunque el Servicio de Telesalud lleve a cabo telecapacitaciones con frecuencia y pueda formar habilidades especializadas en el personal de salud a nivel nacional, en principio tuvo que responder a las demandas del MINSA y brindar teleconsultas, transformando un poco la visión que tenían sobre esta digitalización.

Lo mismo, ha ocurrido con respecto a la Red Nacional de Telesalud, pues la capacidad que poseen de controlar en su totalidad la digitalización que cada centro de salud a nivel nacional viene experimentado es limitada. Debido a la naturaleza de este proceso y los intereses o experiencias que puede tener cada uno, lo cual no desvirtúa el proceso de transferencia solo lo hace más complejo.

Por otro lado, más allá del éxito, aunque ambas políticas ya han atravesado las etapas de construcción e institucionalización se encuentran todavía en desarrollo por la naturaleza de sus objetivos y la naturaleza de las mismas políticas de salud digital. Las cuales como mencionan Curioso y Galán-Rodas en 2020, son iniciativas que están prestas a la innovación, generando cambios de manera permanente y necesidades entorno a ellas que no siempre pueden ser acogidas por el sistema de manera inmediata.

Considerando ambos puntos, a medida que la hipótesis que planteó la presente investigación se ha ido comprobando. También han surgido nuevos cuestionamientos no solo entorno a procesos representativos del enfoque de transferencia de políticas públicas como son: conceptualización, persuasión, negociación, aprendizaje, uso de variados recursos, etc., sino también en torno a la perspectiva misma. Aunque es un molde válido para estudiar la introducción de las tics en el sistema de salud peruano mediante la Red Nacional de Telesalud y el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizán, también necesita optimizar sus acercamientos a nuevos fenómenos como este.



## Conclusiones

A partir de esta extensa comparación, es posible formular dos tipos de conclusiones con respecto a la investigación, las cuales en aspectos prácticos y teóricos comprueban la hipótesis planteada al principio y la pertinencia del marco de estudio.

### Términos teóricos:

Como se ha observado en la descripción y análisis de cada caso; efectivamente se comprueba la existencia no solo de un contexto nacional e internacional favorable a este tipo de política. Si no, también, la movilización de un conjunto de recursos por parte de las emprendedoras de política a fin de aprovechar este entorno, las cuales mediante diversas estrategias han materializado este proceso de introducción con gran capacidad en una primera etapa de construcción y una segunda etapa de institucionalización. Asimismo, como parte de la misma transferencia se ha promovido de manera indirecta un aprendizaje constante en las múltiples dimensiones que componen las iniciativas.

Considerando ello, *se puede concluir que efectivamente ha sido la presencia de estas servidoras públicas interesadas en las tics el factor que explica la introducción de este tipo de políticas en el sistema de salud peruano a partir de 2017.* En ese sentido, el marco teórico y la metodología que se ha construido a partir del enfoque de transferencia de políticas pública ha resultado ser bastante efectivo y pertinente para identificar la trayectoria que han seguido estas ideas hasta convertirse en las políticas que son hoy en día.

A pesar de ello, también es importante mencionar que al estudiar con mayor profundidad ambos casos, también ha sido posible identificar ciertos elementos que no habían sido considerados previamente y que definitivamente han escapado del marco teórico de este proceso y han marcado ciertos desafíos. Considerando la naturaleza y novedad de estas iniciativas, es factible identificar tres limitaciones que ha tenido esta perspectiva y los componentes que la acompañan.

En primer lugar, aunque en ambos casos es posible identificar como se han establecido las etapas de construcción e institucionalización entorno a la política; dentro de cada una de ellas se han llevado a cabo procesos y estrategias distintas que no necesariamente coinciden con las micro estrategias planteadas por autores como Dussauge (2017). Ello ha generado que sea necesario enfocarse tanto en las manifestaciones de cada fase como en los objetivos y preferencias que han expresado abiertamente las emprendedoras de política pública y sus equipos.

En segundo lugar, a los diversos procesos que han impulsado las emprendedoras de política pública, se suman los recursos que han usado para darles forma y sentido a estos. A diferencia de lo que se ha observado en procesos de transferencia más tradicionales (políticas más comunes), tanto el poder como las limitaciones parecen reconceptualizarse en la introducción de las tics. Por un lado, más que material, la capacidad de estas servidoras ha estado determinada por la persuasión y liderazgo que hayan podido ejercer dentro de sus instituciones, pero sobre todo fuera de ellas frente a otros actores.

Por otro lado, este poder sin lugar a duda está directamente relacionado con el tipo de obstáculos enfrentados que como se ha mencionado previamente distan de ser sencillos. Ya sea el miedo o indiferencia por parte del personal de salud, la mejor forma de enfrentarlo se ha construido sobre incentivos, pero sobre todo confianza en esta nueva etapa dentro del sistema de salud peruano.

En último lugar, a aspectos más puntuales, es necesario agregar la línea temporal que acompaña a estas iniciativas desde una visión más crítica. Tomando en cuenta, lo que han mencionado múltiples autores y autores sobre el inicio y fin del proceso de transferencia podríamos considerar que este efectivamente ya concluyo, pues la iniciativas se encuentran más en una etapa de institucionalización. Sin embargo, estas políticas siguen expandiéndose a nivel de especializaciones y conceptos como a nivel territorial.

Más allá de eso, definitivamente estas particularidades y sus implicancias no afectan gravemente la efectividad que el enfoque de transferencia ha permitido lograr en la presente investigación. Pues como se mencionó previamente este permite que se compruebe la hipótesis general identificando el factor que explica

la introducción de las tics en el sistema de salud peruano. En ese sentido, el mayor aporte hacia la disciplina que se genera mediante este estudio está relacionado con la importancia que tiene considerar las políticas como un todo que tienen tanto un origen como una trayectoria que solo puede comprenderse atendiendo adecuadamente al contexto que las acoge como a los actores que las impulsan.

Por supuesto, esta aproximación multinivel tan valiosa, debe verse complementada con estos hallazgos tan particulares y diversos de las políticas de salud digital; que permitan ampliar el enfoque de transferencia mucho más. Con la finalidad de incluir estas nuevas manifestaciones de poder, capacidad, recursos y tiempo. Ello facilitará el estudio y análisis de este tipo de fenómenos que seguramente dentro de los próximos años serán mucho más comunes considerando el rol que la tecnología ha adquirido durante los últimos años dentro y fuera de las instituciones públicas.

#### Términos prácticos:

Así como se han extraído conclusiones en el aspecto teórico, es posible observar ello en el desenvolvimiento directo de cada política. Sin duda, el proceso de transferencia que se ha experimentado en cada caso es sumamente diverso y especial. Como se mencionó previamente las emprendedoras han seguido un patrón de trabajo que las ha llevado a valorar ciertos elementos sobre otros para fortalecer estas iniciativas. Sin embargo, de ser necesario también han optado por caminos diferentes que no necesariamente han alterado el mismo proceso de transferencia que vinieron impulsado. En ese sentido, es posible formular tres conclusiones que exponen como viene siendo la introducción de las tics en el sistema de salud peruano.

En primer lugar, *como se menciona en el párrafo anterior se han identificado patrones significativos en el trabajo emprendido por las servidoras públicas*. Por un lado, se encuentra esta búsqueda de cierto liderazgo en el campo dentro y fuera de sus instituciones que legitime la introducción de estas políticas. Por otro lado, esta máxima estrategia en apostar y optar por lo más sencillo o cotidiano dentro del mundo tan amplio de la salud digital prefiriendo los servicios de

telesalud frente a otras alternativas de intervención. Sin embargo, ¿cómo es posible ello, si cada caso es sumamente distinto a todo nivel?

La respuesta reside específicamente en que si bien ambos son casos únicos y sus particularidades son muchas, está parece ser una característica misma de las políticas de salud digital. Lo cual implica, que esta diversidad sin duda acompañará a cada servicio de telesalud que se implemente en nuestro país. El peso que juegan elementos subjetivos como la confianza, voluntad o motivaciones de quienes impulsan la política frente a otro tipo de factores no es un elemento menor. Que esta pluralidad exista más como regla que como excepción permite reconocer adecuadamente la importancia que la resistencia del personal médico implica como las preferencias de los servidores públicos. Elementos que están presente a nivel nacional más allá del nivel, ubicación o capacidades del centro de salud.

En segundo lugar, si bien las particularidades que se observan en cada caso no afectan el desarrollo de las políticas mediante la introducción de las tics; *la existencia de estos elementos está relacionado directamente los objetivos inmediatos que poseen las emprendedoras de política pública en la salud física y la salud mental respectivamente*. Mientras que para DIGTEL, los principales esfuerzos han ido encaminados a fortalecer el componente prestacional de la Red Nacional de Telesalud; para el equipo de telesalud del Hospital ha sido apremiante fomentar de manera directa el eje de telecapacitaciones.

Ello, totalmente entendible si se toma en cuenta el contexto que las acoge donde dos grandes reformas vienen llevándose a cabo desde 2013 y cuyas ideas se ven renovadas y revitalizadas por este nuevo proceso. Mientras la Reforma del Sistema de Salud se enfoca principalmente en mejorar el primer nivel de atención y ampliar la cobertura prestacional; la Reforma de la Salud Mental persigue directamente la formación de capacidades especializadas en el personal de salud considerando la carencia de recursos humanos en este campo y la reconceptualización del tratamiento que deben recibir los ciudadanos que padecen de algún trastorno mental de manera que se respeten y protejan sus derechos de manera íntegra.

Por otro lado, así como las diferencias están relacionadas con el entorno en donde se ejecuta las políticas y el rol que juegan ambas instituciones en este tipo de reformas; *las similitudes recaen principalmente en el perfil de las emprendedoras de política pública y el equipo que las acompaña*. Es indudable identificar un elemento subjetivo tan significativo de preferencia y afinidad por este tipo de políticas, potenciado por un conjunto de conocimientos y aprendizajes previos que fortalecen la elección de estas alternativas frente a otras. Más allá de la especialidad médica, existe un interés neto en la introducción de las tics para mejorar la provisión de servicios.

Este perfil manifestado en ambos casos se relaciona con un proceso que no debe pasar desapercibido como es el fortalecimiento del rol médico en este tipo de iniciativas. Tanto en la Red Nacional de Telesalud como en el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizan, es posible observar el peso que tienen las decisiones del personal médico en estas. Más allá de la participación de diferentes profesionales, existe un consenso en construcción que defiende la naturaleza de ese tipo de políticas como parte del sistema de salud, antes que nada; incluso aunque su ejecución demande el uso de otro tipo de herramientas como son en estos casos, las tecnologías de la información y la comunicación.

En tercer lugar, así como el rol y perfil de quienes están involucrados en estas políticas explica el desarrollo de estas; las limitaciones y obstáculos que enfrentan también se dirigen al mismo camino y punto de origen. Como se mencionó previamente *el principal reto para fortalecer la introducción de las tics en el sistema de salud peruano está relacionado con la existencia de una infraestructura tecnológica bastante precaria y la resistencia que sigue ejerciendo cierta parte del personal médico frente a estas nuevas herramientas*. Aunque ambas políticas hayan aprendido a convivir con este tipo de impedimentos, definitivamente afectan el verdadero potencial que poseen como tales.

Por un lado, a nivel regional; como se mencionó previamente, nuestro país cuenta con la oferta de servicios de internet más limitada y costosa. Ello se manifiesta claramente en la brecha de cobertura que existe de este medio de comunicación entre la zona rural y urbana. Considerando que son justamente los

ciudadanos y ciudadanas de las regiones con menor acceso quienes necesitan con urgencia servicios de telesalud el panorama se agrava. Por supuesto, aunque esto literalmente escape de la capacidad que poseen quienes impulsan las políticas de salud digital y dependa de la intervención de otro tipo de actores; no debe ser eclipsado de la agenda y prioridades que poseen estos servidores públicos.

Por otro lado, a este gran obstáculo se debe añadir sin duda alguna, la resistencia presente en el mismo sistema de salud. Sea miedo o desconfianza, para cierto personal médico es preferible continuar realizando sus funciones como lo han hecho durante años y no invertir su tiempo en aprender y conocer el uso de estas nuevas herramientas. Si bien, la resistencia ha ido disminuyendo con el tiempo; como en el caso de la precaria infraestructura tecnológica, esta situación también escapa de las posibilidades que por ahora poseen quienes impulsan este tipo de políticas. Ante todo, la sensibilización sobre las tics debe ser parte de la formación que reciben estos profesionales en las universidades o institutos en donde estudian. Sin embargo, ello no existe; más allá de ciertas especialidades donde se trabaja directamente con la tecnología esta visión más íntegra de la salud está totalmente ausente en la mayor parte de las facultades a nivel nacional.

*A rasgos generales, más allá de las diferencias encontradas en el desarrollo de cada caso; el rol de las emprendedoras es el factor principal que explica este proceso de introducción. La voluntad política para impulsar este tipo de iniciativas incluso en un contexto amigable acompañada de cierta capacidad es el factor clave para materializar la digitalización. Sobre todo, frente a esta gran resistencia que se ha logrado identificar en ambos casos y las deficiencias instituciones o barreras administrativas conocidas.*

*En ese sentido, aunque el éxito o eficiencia de las políticas venga acompañado de circunstancias más específicas; se puede concluir que sin el interés y capacidad de ciertos servidores públicos en las tics este tipo de políticas difícilmente llegara a introducirse y mucho menos a institucionalizarse. De este panorama tres horizontes son posibles:*

- a. *Voluntad política y cierta capacidad → introducción de la política*



- b. Voluntad política y poca o nula capacidad → puede introducirse la política, pero dependerá mucho más de alianzas y negociaciones con actores internos y externos a las instituciones.*
- c. Sin voluntad política → no se introduce la política.*

Aporte general:

Definitivamente, mediante el uso del enfoque de transferencia se ha podido no solo comprobar la hipótesis planteada en la presente investigación sino promover desde la ciencia política una visión más amplia y compacta del desarrollo de las políticas de salud digital. La cual, ha tomado en cuenta el origen de un conjunto de ideas globales y la trayectoria que estas han tomado hasta materializarse dentro de nuestro sistema. Desde un aproximación multinivel se comprende no solo el rol que han jugado dos emprendedoras políticas en un contexto bastante favorable, pero con obstáculos latentes y muy presentes.

Más allá de las particularidades de cada caso, ha sido posible identificar patrones sólidos que permiten realizar generalizaciones entorno a como se introducirán o están introduciendo las tics en el sistema de salud peruano. Lo que se ha denominado voluntad política y un conjunto de capacidades importantes explican la construcción e institucionalización de este tipo de políticas en espacios tan relevantes a nivel nacional. Y por supuesto, también brindan luces sobre la trayectoria que podrían seguir iniciativas parecidas si carecen o cuentan con estos elementos.

Si bien es cierto, que con relativo éxito las emprendedoras le han hecho frente a la resistencia del personal médico, este elemento no debe ser subestimado ni ignorado pues ha sido origen de múltiples tensiones en el entorno institucional de DIGTEL y el Hospital Hermilio Valdizán.

Todo ello, más allá del aspecto académico fortalece este proceso de manera significativa. Identificando el rol renovado del personal médico interesado en estas iniciativas como el entorno histórico que acoge de manera amigable estas iniciativas; sin ignorar el aprendizaje al que están expuestos y que influye definitivamente en las decisiones que están dispuestos a tomar.

Asimismo, en este conjunto de conclusiones es importante resaltar que más allá de que ambas iniciativas se encuentren en fases muy avanzadas, los

obstáculos que vienen enfrentando son compartidos y el esfuerzo para enfrentarlos supera las capacidades que poseen quienes impulsan el uso de las tics. En ese sentido, es fundamental que tanto la construcción de una infraestructura tecnológica adecuada como la formación profesional en el uso de estas herramientas sean temas abiertamente tratados en el espacio público y no se configuren como debates pendientes. Por el contrario, así como el acceso a internet viene siendo reconocido como un elemento fundamental en el ejercicio del derecho a la educación por millones de niños y niñas en nuestro país, también debe serlo en el sector salud. Por ello, en el apartado siguiente, se hace hincapié de un conjunto valioso de reflexiones en torno a las políticas de salud digital y sus verdaderas implicancias en un contexto como el que estamos viviendo.



## ¿Hacia dónde vamos?

Considerando las conclusiones previas, en este último apartado, es importante reforzar los puntos clave del proceso de transferencia descrito y analizado previamente. Ello con la finalidad de extraer ideas que permitan identificar el camino más adecuado para implementar y reforzar con mayor alcance este tipo de políticas; las cuales no implican únicamente innovación dentro de la gestión pública sino la construcción de un nuevo espacio donde se puede ejercer una nueva ciudadanía.

### Tender puentes 1: La importancia de buscar más que aliados a nivel nacional

Como se mencionó previamente, la existencia de proyectos nacionales es fundamental para que de manera sistemática se lleven a cabo cambios entorno a diferentes sectores. La existencia de estos proyectos como en la presente investigación, genera un línea de trabajo interesante desde el gobierno central que moviliza a las demás instituciones por lo menos en una primera etapa. Sin embargo, a medida que este proceso avance, es importante mantener claros los objetivos y los medios para ello.

Por un lado, desde el principio el impulso a estas reformas o reorganizaciones debe superar el aspecto declarativo. Como se ha expuesto en la presente investigación, que exista un marco legal que englobe esta nueva etapa es esencial porque brinda certeza y soporte para los cambios. Sin embargo, el aspecto legal es uno de los tantos recursos o medios necesarios para materializar estas iniciativas, ya que demandan mucho más que modificaciones en este ámbito para ser realmente efectivas si se considera la inestabilidad que caracteriza a muchas instituciones y sus miembros.

En ese mismo sentido, a través de esta investigación se ha reconocido la verdadera naturaleza de las políticas de innovación que no pasan únicamente por la compra o adquisición de herramientas tecnológicas o programas informáticos, sino generar un diálogo entre las diferentes dimensiones del entorno ya sean políticas, administrativas, humanas, etc. Por lo tanto, quienes desde el nivel más alto apoyan o motivan ello, deben ser conscientes que es una transformación costosa pero necesaria y más que sentar las bases para ellas,

es necesario mantenerlas de manera que más que tener un contexto favorable o acogedor, se tenga un contexto activo, presente y participativo.

Por otro lado, a medida que se provea este nuevo contexto es importante que estas bases al mantenerse a nivel nacional fortalezcan las redes de trabajo dentro de las instituciones. Como demuestra el proceso de transferencia, las redes que poseen las emprendedoras son uno de los recursos más valiosos e importantes al momento de construir e institucionalizar la política. Estas redes a su vez suelen brindar una serie de recursos sumamente efectivos como son la información real y directa sobre espacios específicos y una serie de contactos o posibilidades de cooperación.

Considerando ello, el enfoque desde el gobierno central debe fortalecer la idea de que este es un proceso compartido por muchas instituciones a nivel nacional, las cuáles se encuentran atravesando esta etapa de cambio y transformación. Que surja el entendimiento entre diferentes instituciones que, al cooperar entre ellas, identifiquen similitudes para impulsarse mutuamente y por supuesto, sean conscientes de las diferencias entre ellas. Ello, a su vez puede virar el liderazgo que hemos identificado en este tipo de iniciativas de manera que el espíritu de competencia no sea lo primero en aflorar.

En el caso de la Red Nacional de Telesalud y el Servicio de Telesalud, claramente han trabajado de la mano con muchos actores a nivel nacional dependiendo de las metas y objetivos que se han planteado. Sin embargo, siempre es posible intensificar acciones de cooperación, así como alianzas y acuerdos con otros agentes de cambio en diferentes sectores. Pues, ambas políticas tienen en su conceptualización el impulso para extenderse cada día más a otras regiones y generar mayor aceptación y participación en la digitalización.

Uno de los hechos más representativos de esta necesidad y puerta abierta a la colaboración son los acuerdos a los que están llegando la Dirección de Telesalud, Referencias y Urgencias con el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) para incluir a los centros penitenciarios como parte de la Red Nacional de Telesalud. Observar una institución interesada en este proceso más allá de las funciones que habitualmente desempeña, es favorable para en este caso, las políticas de salud digital. En ese sentido, ser capaces de tender puentes frente

a múltiples actores y a nivel nacional, pasa tanto por las instituciones como por el gobierno central capaz de establecer un contexto no solo favorable sino como se mencionó participativo, consciente y activo.

### Tender puentes 2: Un horizonte más amplio a nivel regional y global

Reforzando la idea anterior, así como desde el contexto nacional se debe establecer una estrategia más dinámica y abarcadora no debe perderse de vista el contexto global. La digitalización ya es una realidad en muchos países y aprovechar esas experiencias previas para fortalecer las nuestras es un camino válido y factible.

En primer lugar, hoy más que nunca diversas organizaciones internacionales están impulsando el desarrollo de sistemas de salud eficientes y capaces de responder adecuadamente a sus ciudadanos y ciudadanas. Uno de los caminos más adecuados para ello, ha sido y es la digitalización. Por medio de la cooperación, se viene reforzando el establecimiento de prácticas innovadoras y de espacios donde estas puedan ser evaluadas y monitoreadas de manera constante. Como sabemos la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado un claro liderazgo en este aspecto por diversas cuestiones relacionadas a su legitimidad y trayectoria histórica.

Sin embargo, desde la cooperación tradicional también han surgido nuevas alternativas, igualmente comprometidas con este tipo de políticas. De ellas, una de las más notables y representativas es la desarrollada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el cual durante los últimos años ha apostado por el logro de mejores capacidades en los gobiernos y la sociedad civil. Como menciona este organismo, considerando el contexto de incertidumbre e inestabilidad que ha generado la COVID 19 a nivel global, los Estados deben ser más conscientes que la necesidad de generar sociedad mucho mejor conectada en todos los sentidos (BID 2020).

Para ello, hace falta no solo que se desplieguen inversiones en ciertos sectores, sino como plantea esta organización que se fomente la creación de un ecosistema digital, que permita mantener a las instituciones conectadas sobre todo en las zonas más vulnerables que en el caso de América Latina son las zonas rurales. Reconociendo que una de las barreras más sólidas que tienen las

políticas de digitalización ha sido justamente la existencia de una infraestructura precaria donde en algunos espacios la conectividad es nula, este tipo de actores resulta siendo clave para fomentar este cambio que dista de ser sencillo y poco costoso política y económicamente.

En segundo lugar, así como la cooperación tradicional; es una gran ventana de oportunidad sobre todo en esta materia; también otro tipo de cooperaciones brindan posibilidades importantes para el desarrollo de este tipo de políticas. La denominada cooperación sur – sur y la cooperación triangular (norte – sur - sur), ofrecen nuevas herramientas para seguir impulsando y fortaleciendo estas iniciativas. Como se ha mencionado previamente, a nivel regional se observa un avance considerable entorno a la digitalización, el cual, así como en Perú viene desde hace algunos años, pero con resultados notables.

El trabajo de la OMS y en específico de la Organización Panamericana de Salud (OPS), ha permitido observar el desarrollo de políticas muy interesantes de salud digital. Uno de los casos más representativos de ello es sin duda, la “Historia Clínica Electrónica Nacional” de Uruguay, que es a nivel regional el primer sistema que permite en su totalidad incluir la información médica de todos los ciudadanos y ciudadanas de aquel país. Este logro que se llevó a cabo mediante un gran trabajo por parte del sistema de salud uruguayo contó con el apoyo y supervisión del Banco Interamericano de Desarrollo (BID); demostrando el peso que pueden tener estos actores.

Más allá de que en Perú también se han desarrollado este tipo de políticas como es el Sistema de Historias Clínicas Digitales de EsSalud (ESSI) o las Historias Clínicas Digitales del MINSA (E - Qhali) y que lógicamente existan diferencias que poseen ambos países con respecto al sistema político y al sistema de salud en sí mismo; es una experiencia que brinda muchos aprendizajes para continuar en este proceso de introducción sistémica. A diferencia de lo que ha sucedido en otros países, donde efectivamente ya poseen todo un ecosistema digital como es el caso de Estonia<sup>35</sup>, lo acontecido en

---

<sup>35</sup> Estonia, el primer país digital del mundo (EL PAIS 2018)

Uruguay sigue siendo una experiencia cercana. En ese sentido, es totalmente válido fomentar un acercamiento con ellos y encontrar espacios de trabajo.

La necesidad de tender puentes es innegable, que permita construir alianzas entre las instituciones nacionales ni los diferentes niveles de gobierno; sino también con organizaciones internacionales y diversos países alrededor del mundo. Es fundamental mencionar que, si bien cada Estado, agencia estatal u actores en general poseen intereses y motivaciones, pertenecemos a un sociedad global que lucha actualmente por alcanzar un conjunto de objetivos de desarrollo sostenible, entre los cuáles se encuentra el desarrollo de infraestructuras resilientes, la promoción de la industrialización inclusiva y sostenible, y el fomento de la innovación. En ese sentido, la lucha entorno a la digitalización es de todos y todas y mientras sean más los que participen de ellas, está será más plural, democrática y real.

#### Digitalización: un medio, más que un fin

Este último punto de las lecciones que ha dejado la presente investigación se sitúa directamente en las políticas de innovación que como se mencionó previamente se han difundido bastante durante los últimos. La primera pregunta que se puede realizar entorno a ellas es: ¿Por qué se realizan? ¿Cuál es el fin u objetivos que persiguen? Estos dos cuestionamientos que son sumamente generales llevan a punto más importantes y permiten repensar en sí mismas las políticas de salud digital.

En primer lugar, una política de innovación, como su nombre lo indica busca generar cambios en la forma en la que se llevan a cabo los procesos mediante la introducción de nuevas ideas. Esta innovación puede desarrollarse utilizando diferente medios tecnológicos, técnicos, de recursos humanos, etc. Asimismo, puede materializarse en múltiples áreas: legales, administrativas, provisión de bienes o servicios, etc. Considerando que es un proceso tan amplio puede abarcar una pequeña modificación o una transformación completa.

En el caso de las políticas digitales, aunque medien principalmente el uso de nuevas herramientas como son los dispositivos tecnológicos, son efectivamente transformaciones a gran y pequeña escala. Por un lado, a través de lo que se ha observado el funcionamiento de este tipo de iniciativas necesita todo un marco

que avale su uso por parte del personal médico y establezca criterios mínimos para facilitar su labor. Por otro lado, la introducción de una laptop, un celular, etc., implica establecer nuevas formas de comunicación entre el personal médico y los ciudadanos y ciudadanas en su calidad de pacientes o usuarios. Estos cambios no se gestan de un día para el otro, ya que demandan un impulso constante.

En segundo lugar, respondiendo las interrogantes previas; las políticas de innovación y en específico, las políticas de salud digital se realizan y llevan a cabo porque quienes las impulsan consideran que es necesario realizar esos cambios o transformaciones. A diferencia de lo que ocurre con otro tipo de iniciativas, la digitalización persigue objetivos que la superan a sí mismas, pues en ninguna circunstancia innovar es un fin. Por el contrario, siempre hay un explicación que valida y legitima ello.

Por un lado, en ambos casos se identifican objetivos y fines relacionados íntegramente con mejorar la calidad de atención que reciben los y las ciudadanas a nivel nacional; la cual en su gran mayoría se ve obstaculizada por la falta de personal especializado en muchas regiones y los pocos recursos en los centros hospitalarios. Más allá, de las diferencias entre ambas políticas y la forma en la cual se articulan, persiguen mediante el uso de las tics ampliar la cobertura sanitaria y responder adecuadamente a la demanda pendiente en este sector que no es poca.

Por otro lado, aunque este sea un objetivo que tiene en general todo el Sistema de Salud. ¿Por qué solo en estos casos se observa la elección de esta alternativa? Como se mencionó previamente, hay un contexto histórico e institucional que explica ello. En ambos lados, durante los últimos años se han venido llevado a cabo reformas que apelan a mejorar la provisión de los servicios de salud, pero que han mostrado muy poco resultados comparados con lo que realmente necesita la ciudadanía. La Reforma de Salud (2013) y la Reforma de Salud Mental (2013), se configuran más como cambios a medias o incluso proceso estancados.

En ese sentido, estas políticas de salud digital apuntan a revitalizar estas reformas darles un nuevo sentido a problemáticas que no tenían contemplada la



digitalización para solucionarse pero que hoy, ven ella una posibilidad clara y concisa. Fortalecer la respuesta del primer nivel de atención, generar mejores capacidades en el personal de salud, ampliar la cobertura en atención sanitaria a nivel nacional, romper estereotipos y prejuicios entorno a la salud mental son metas frente a las cuáles la Telesalud está respondiendo mediante cada uno de sus ejes. Aunque por supuesto, necesitan mejoras vienen a darle un nuevo aire a estos conceptos.

Considerando ello, es claro que las políticas de innovación no son un fin en sí mismo; las emprendedoras no han impulsado este proceso de introducción porque es de su preferencia; sino porque efectivamente identifican en este un medio favorable para materializar deudas pendientes del sistema de salud con la ciudadanía. La digitalización es ante todo un proceso catalizador, que apunta a mejorar las condiciones en las cuáles se brinda un servicio de salud a todo nivel. Pero también como progresivamente se puede romper con dinámicas históricas como es la dicotomía entre cuerpo y alma que ha afectado durante tanto tiempo a las personas que padecen de diversos trastornos mentales y que a raíz de ello han sido apartadas, excluidas de su familia, comunidad y sociedad.

#### Hacia una nueva ciudadanía:

Por supuesto, la última reflexión y tal vez la más importante que puede extraerse de la presente investigación está relacionada con el contexto de crisis que nos acompaña; el cual sin duda ha revolucionado la forma en que vivimos y vemos la vida. Mucho ha cambiado desde principios de 2020 hasta hoy y aunque se mencionó que este periodo no se incluye en este estudio es importante identificar cual viene siendo el papel de estas políticas actualmente y que implican en el ejercicio de ciudadanía de todos los peruanos y peruanas.

Sin duda, los primeros meses de la crisis sanitaria fueron de adaptación y aceptación a que nos encontrábamos en un nuevo contexto y que no saldríamos de el tan pronto como pensábamos. Más allá de la presión que sigue sufriendo el sistema de salud para responder adecuadamente a los ciudadanos cuyo cuadro de contagio se ha agravado; la atención presencial parece haberse detenido en el tiempo. Con largas colas en los hospitales, pero acceso restringido, un sistema de telesalud ha llegado de golpe a EsSalud y MINSA.

El cual se ha ido reponiendo y ha generado una rápida respuesta mediante la Red Nacional de Telesalud y el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizan con plataformas mucho más dinámicas y efectivas. Sin embargo, ello más que una solución total o integra ha funcionado más como un aliciente que gestiona el crecimiento de la demanda pendiente, pero no la disminuye. Es una demanda compleja y especializada (múltiples áreas médicas) que ha incluido a personal que previamente no estaba capacitado para atenderla.

En ese sentido, la crisis sanitaria ha traído consigo una nueva idea para conceptualizar la telesalud. Como mencionaba Cynthia Téllez, esta nueva dimensión de la salud es parte del sistema de salud en general y debe ser trabajado desde ahí. Sin embargo, este se ha concebido como un salvavidas para el mismo, un medio que pueda responder a la demanda que este no puede atender. Lo cual es válido, pero ello no es posible si las deficiencias preexistentes en este no se solucionan de manera adecuada.

Por el contrario, desde la Telesalud, estas limitaciones se han solucionado de manera temporal, lo cual les ha permitido avanzar a estas políticas. Considerando ello, la introducción de las tics no debe ser vista como un proceso de emergencia o respuesta rápida sino como una nueva forma de proveer servicios de salud a la ciudadanía de manera que se igualen los esfuerzos para ambas y se identifiquen los espacios de cooperación y trabajo conjunto. Como mencionaba Cecilia López, la Red Nacional de Telesalud tiene la visión de incluir a todos los centros de salud que hagan uso de las tecnologías en sector privado y público para crear un entorno compartido.

Por supuesto, esta reconceptualización trae consigo una realidad que ya se ha venido dando a pequeña escala mediante las iniciativas acotadas del Programa WAWARED y MAMA y de manera más amplia desde la Red Nacional de Telesalud y el Servicio de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizan. Es, la construcción de un nuevo vínculo entre el Estado y la ciudadanía que ya no se desarrolla exclusivamente en el espacio físico, sino que se ha trasladado al espacio virtual.

El establecimiento de este nuevo tipo de ciudadanía, por supuesto, se constituye como un gran desafío institucional. Considerando la exclusión y

violencia estructural que se ha perpetuada en el país desde hace décadas. Esta manifestación debe buscar los mecanismos necesarios para disminuir progresivamente los que ahora son obstáculos para la misma como son un acceso limitado a internet, la carencia de un dispositivo tecnológico (celular, laptop) o la falta de habilidades para interactuar en el espacio virtual.

Ignorar esta realidad solo implicará que se repitan los errores y se mantengan dinámicas de desigualdad extremadamente nocivas para la construcción de una verdadera República. Por mostrar un ejemplo, hoy en día, a pesar de los esfuerzos, sigue siendo sumamente complicado para las personas que no hablan castellano realizar trámites frente a diversas instituciones públicas. Subestimar el peso de estos nuevos obstáculos impedirá el ejercicio de estos nuevos derechos por parte de millones de peruanas y peruanos.

A la mayor reflexión que se puede arribar mediante la presente investigación es que como aseguraban muchos de los entrevistados: la tecnología ha venido para quedarse. De ser así, más allá de acontecimientos históricos como la pandemia que nos obliga a la virtualidad, políticas como la Red Nacional de Telesalud o el Servicio de Telesalud (HHV) serán mucho más comunes de lo que esperaríamos en los próximos años. Considerando que son transformaciones que abren paso a una nueva ciudadanía, debemos prepararnos para que esta sea ejercida no solo de manera universal sino íntegra y oportuna. Lo cual es un desafío, también se posiciona como una oportunidad para reconocernos en el otro y más que nunca estar verdaderamente conectados.

## Bibliografía

- ANDINA. (13 de abril de 2021). Plataforma Teleatiendo: más de 500,000 pacientes recibieron consejería en salud. Recuperado de: <https://andina.pe/agencia/noticia-plataforma-teleatiendo-mas-500000-pacientes-recibieron-consejeria-salud-841364.aspx>
- Alter, K. y Raustiala, K. (2018). The Rise of International Regime Complexity. *Annual Review of Law and Social Science*, 14(1), 329-349.
- Alasuutari, P. (2014). Following the example of other countries? Policy analysis of new legislation in Canada, the United Kingdom and United States. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 16(3), 266–279.
- Araya, J. (2016). Influencia burocrática en la formulación de políticas públicas: el caso del Sistema de Alta Dirección Pública en Chile. *Revista de Ciencia Política*, 54(2) 277-298.
- Attard, M. y Enoch, M. (2011). Policy Transfer and the Introduction of Road Pricing in Valletta, Malta. *Transport Policy*, 18(3), 544–553.
- Balbis, J. (2010). ¿La Cooperación Sur-Sur, tan diferente a la Cooperación Norte-Sur?. *Cooperación (DESCO)*, 18, 1-5.
- Bancet, A. (2012). *Análisis de la Cooperación Triangular: Discursos y prácticas de los países del CAD/OCDE sobre una modalidad en construcción*. Madrid: IUDC - UCM.
- Barzelay, M. (2017). Case Study Research on Public Programs and Organizations: Lessons v. Design Precedents as Rival Ideals for Learning-and-Transfer. *3d International Conference on Public Policy of the International Public Policy* (págs. 1 - 29). Singapore: Lee Kwan Yew School of Public Policy.
- Bergara, M. y Pereyra, A. (2005). *El proceso de diseño e implementación de políticas y las reformas en los servicios públicos*. Montevideo: Universidad de la República de Uruguay.
- BID (2020). *Digitalización: herramienta de defensa ante la crisis del COVID 19 y para el desarrollo sostenible*. Washington: BID.
- Bonetti, L. (2017). *Políticas públicas por dentro*. Buenos Aires: CLACSO.
- Burbano, M. (2013). Influencia de la cooperación internacional Norte - Sur sobre la agenda ambiental en Colombia. *Resistencia: revista de los estudiantes de la Universidad Andina Simón Bolívar*, 14-17.

- Burgos, G. (2019). Las organizaciones internacionales y sus recursos de poder. Una propuesta analítica. *Estudios Políticos*, 54, 149-176.
- Cáñez, A. (2018). Influencia de estructuras de gobernanza internacionales en la política de agua en México. *NORTEAMÉRICA*, 13(2), 85-109.
- Castillo, H. y Cutipé, Y. (2019). Implementación, Resultados iniciales y sostenibilidad de la Reforma de Servicios de Salud mental en el Perú, 2013 – 2018. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 326-333.
- Cecchini, S. y Atuesta, B. (2017). Programas de transferencias condicionadas en América Latina y el Caribe: Tendencias de cobertura e inversión. *Políticas Sociales*, 224, 1-82.
- CEPAL. (2010). *Salud electrónica en América Latina y el Caribe: Avances y desafíos*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPLAN. (2016). *Perú: País OCDE 2021*. Lima: Biblioteca Nacional del Perú.
- Cislaghi, B., Weber, A. M., Gupta, G. R., y Darmstadt, G. L. (2020). Gender equality and global health: intersecting political challenges. *Journal of Global Health*, 10(1), 1-10.
- Collera, V. (7 de abril de 2018). Estonia, el primer país digital del mundo. EL PAÍS. Recuperado de: [https://elpais.com/elpais/2018/04/05/eps/1522927807\\_984041.html](https://elpais.com/elpais/2018/04/05/eps/1522927807_984041.html)
- Colucci, M., Baldo, V., Baldovin, T. y Bertoncetto, C. (2019). A “matter of communication”: A new classification to compare and evaluate telehealth and telemedicine interventions and understand their effectiveness as a communication Process. *Health Informatics Journal*, 25(2), 446-460.
- Comisión Nacional de Telesanidad (2004). Plan Nacional de Telesalud. Lima. Recuperado de: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1091\\_GOB399.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1091_GOB399.pdf)
- Congreso de la República. (2008). *Decreto Supremo N° 052- 2008-PCM. Reglamento de la Ley de Firmas y Certificados Digitales*. Lima: Congreso de la República.
- Congreso de la República. (2013). Ley N° 30024: “Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas - 2013”. EL PERUANO. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/240527-30024>

- Congreso de la República. (2016). Ley N° 30421: Ley Marco de Telesalud. Lima, Lima, Perú: EL PERUANO. Recuperado de: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-marco-de-telesalud-ley-n-30421-1363168-1/>
- Congreso de la República. (2018a). Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gobierno Digital. *Decreto Legislativo N°1412*. Lima, Lima, Perú: EL PERUANO. Recuperado de: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-aprueba-la-ley-de-gobierno-digital-decreto-legislativo-n-1412-1691026-1/>
- Congreso de la República. (2018b). *Ley N° 30885, ley que establece la conformación y el funcionamiento de las redes integradas de salud*. Lima: El Peruano. Recuperado de: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-establece-la-conformacion-y-el-funcionamiento-de-las-ley-n-30885-1724734-2/>
- Congreso de la República. (2019). Ley N° 30947: Ley de Salud Mental. Lima: EL PERUANO. Recuperado de: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>
- Cosavalente-Vidarte, O., Zevallos, L., Fasanando, J., y Cuba-Fuentes, S. (2019). Proceso de Transformación hacia Redes Integradas de Salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina*, 36(2), 319-325.
- Culebro, J., y Figueras, V. (2012). Policy transfer and lesson drawing. The case of the pension system reform in Mexico. *Estudios Gerenciales*, 28(122), 139-151.
- Curioso, W. (2014). eSalud en Perú: implementación de políticas para el fortalecimiento de sistemas de información en salud. *Rev Panam Salud Pública*, 35(5/6), 437-441. Recuperado de: <https://www.paho.org/journal/sites/default/files/17--SPEC--Curioso--437-441.pdf>
- Curioso, W. (2015). La Telesalud y las nuevas fronteras de la informática biomédica en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(2), 217-220.
- Curioso, W. y Galán- Rodas, E. (2020). El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano. *Acta Médica Peruana*, 37(3), 366-375.
- D'Agostino, M. (2015). Estrategias de salud electrónica en la región de las Américas: situación actual y perspectivas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(2), 352 - 355.

- Dargent, E. (2014). Determinantes internacionales de la capacidad de las agencias estatales: lecciones a partir de Colombia y el Perú. *Apuntes*, 41(74), 9-40.
- Dávila, P., Naya, L. y Altuna, J. (2012). Las políticas supranacional de UNICEF, infancia y educación. *Bordón*, 67(1), 25 - 38.
- Deacon, B. (2013). El Piso de protección social y la gobernanza social mundial: hacia una sinergia de políticas y la cooperación entre las organizaciones internacionales. *Revista Internacional de Seguridad Social*, 66(3/4) 47-71.
- De Jong, M., Lalenis, K. y Mamadouh, V. (2002). *The Theory and Practice of Institutional Transplantation: Experiences with the Transfer of Policy Institutions*. Dordrecht: Kluwer Academic.
- De Kruijf, J., Augustujn, D. y Bressers, H. (2012). Evaluation of Policy Transfer Interventions: Lessons from a Dutch-Romanian Planning Project. *Journal of Environmental Policy & Planning*, 14(2), 139-160.
- Didou-Aupetit, S. (2013). Cooperación internacional y educación superior indígena en América Latina: constitución de un campo de acción. *Revista Iberoamericana en estudios superiores*, 4(11), 83-99.
- Dirección General de Cooperación Internacional. (2009). *Documentos de trabajado sobre cooperación Sur - sur*. Buenos Aires: DGCIN.
- Dolowitz, D. (2017). Transfer and Learning. One coin two elements. *Nuevos Estudios*, 36(1), 35-56.
- Dolowitz, D. (2020). Missing conceptual links in the international environmental policy debate: power, time and transfer. *Enviromental Politics*, 29(4), 569-588.
- Dolowitz, D. y Marsh, D. (1996). Who learns Whar from Whom: a Review od the Policy Transfer Literature. *Political Studies*, 44(2), 343 - 357.
- Dolowitz, D. y Marsh, D. (2000). Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making. *Governance*, 13(1), 5-23.
- Dunlop, C. (2009). "Policy transfer as learning: capturing variation in what decision-makers learn from epistemic communities". *Policy Studies*, 30(3), 289 - 311.
- Dussauge, M. (2012). On The Past and Future of Policy Transfer Research: Benson and Jordan Revisited. *Political Studies Review*, 10(3), 313 - 324.
- Dussauge, M. (2017). Policy transfer and policy strategies: how policymakers make sure lessons from abroad become durable policy changes at home.

*3rd International Conference on Public Policy* (págs. 1 - 18). Singapore: Centro de Investigación y Docencia Económicas.

- Edwards, B. (2014). ¿Cómo analizar la influencia de los actores e ideas internacionales en la formación de políticas educativas nacionales? Una propuesta de un marco de análisis y su aplicación a un caso de El Salvador. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 22(12), 1-33.
- Edwards, M. y Beech, M. (2016). Labour Parties, Ideas Transfer and Ideological Positioning: Australia and Britain Compared. *Policy Studies*, 37(5), 486-498.
- El Peruano. (27 de abril de 2021). Minsa: Cinco centros penitenciarios se incorporan a Red Nacional de Telesalud. Recuperado de: <https://elperuano.pe/noticia/117739-minsa-cinco-centros-penitenciarios-se-incorporan-a-red-nacional-de-telesalud>
- Escobedo, J. (2018). La influencia en México de los Organismos Internacionales en materia de información pública. *Debate: Información, cultura y sociedad*, 38, 157-164.
- Evans, M. (2009). Policy transfer in critical perspective. *Policy Studies*, 30(3), 243 - 268.
- Falkenhain, M. (2019). Understanding gaps between formal rules, political practice and social reality: Is formal change real change? *International Conference on Public Policy, Montreal 2019* (págs. 1 - 17). Montreal: Institute for Employment Research.
- Fernández, A. y Oviedo, E. (2010). *Salud electrónica en América Latina y el Caribe: Avances y Desafíos*. Washington: ONU.
- Finnemore, M. (1996). *National Interests in International Society*. New York: Cornell University Press.
- Freeman, R. (2009). What Is Translation? Evidence & Policy: A Journal of Research. *Debate and Practice*, 5(4), 429-447.
- Gagnon, M.-P., Légaré, F., Fortin, J., Lamothe, L., Labrecque, M. y Duplantie, J. (2008). An integrated strategy of knowledge application for optimal e-health implementation: A multi-method study protocol. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8(17), 1-8.
- Gómez, C. (2019). La movilización internacional de las ideas. Enfoques, conceptos y actores en el estudio de la transferencia y adaptación de políticas públicas. *Estudios Políticos*, 56, 41-65.



- Glaser, M., Brommelstroet, M. y Betolini, L. (2019). "Learning to build strategic capacity for transportation policy change: An interdisciplinary exploration". *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives*, 1, 1-9.
- Griffin, J., Hellmich, T., Sunder, K., et al. (2020). Attitudes and Behavior of Health Care Workers Before, During, and After Implementation of Real-Time Location System Technology. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 4(1), 90-98.
- Guzmán-Valenzuela, C. (2017). Tendencias globales en Educación Superior y su Impacto en América Latina: Desafíos Pendientes. *Lenguas Modernas*, 50, 15-32.
- Halpren-Ruden, D. (2020). E-Health and Healthcare Quality Management: Disruptive Opportunities. *Rhode Island Medical Journal*, 103(1), 12-15.
- Hassenteufel, P., Benamouzig, D., Minonzio, J. y Robelet, M. (2017). Policy Diffusion and Translation: The case of evidence-based Health Agencies in Europe. *Nuevos Estudios*, 36(1), 77-96.
- HHVM. (2016a). Resolución Directoral N° 296 - DG. Lima: Dirección General - HHV. Recuperado de: [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones\\_Directoriales/2016/296-DG-18102016.PDF](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directoriales/2016/296-DG-18102016.PDF)
- HHVM. (2016b). *Seguimiento del Plan Operativo - III trimestre 2016*. Lima: HHVM. Recuperado de: [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Transparencia/Plan-Operativo/eval\\_3tri\\_poa\\_2016.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Transparencia/Plan-Operativo/eval_3tri_poa_2016.pdf)
- HHVM. (2018a). Resolución Directoral N° 097 - DG/HHV-2018. Recuperado de: <http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Telesalud/097-DG-04052018.pdf>
- HHVM. (2018b). Programa de Telecapacitaciones del Hospital Hermilio Valdizán 2018. Recuperado de: [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Telesalud/PROGRA\\_TELECAPACITACIONES\\_2018.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Telesalud/PROGRA_TELECAPACITACIONES_2018.pdf)
- HHVM. (2019a). Resolución Directoral N° 048 - DG/HHV – 20 de febrero de 2019: Plan de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizán 2019. Recuperado de: [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones\\_Directoriales/2019/048-DG-20022019.PDF](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directoriales/2019/048-DG-20022019.PDF)
- HHVM. (2019b). Resolución Directoral N° 036 - DG/HHV – 29 de mayo de 2019: Plan de Sensibilización y de Ejecución de Teleconsultas en Salud Mental Lima y Regiones. Recuperado de: [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones\\_Directoriales/2019/136-DG-29052019.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directoriales/2019/136-DG-29052019.pdf)

- HHVM. (2019c). Resolución Directoral N° 050 - DG/HHVM - 2019: Plan de Teleconsultas 2019 - Hospital Hermilio Valdizán Medrano. Recuperado de: [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones\\_Directoriales/2019/050-DG-20022019.PDF](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directoriales/2019/050-DG-20022019.PDF)
- HHVM. (2020a). Resolución Directoral N° 014 - DG/HHV – 19 de enero de 2020. Plan de Telesalud del Hospital Hermilio Valdizán 2020. Lima, Lima, Perú: HHVM. Recuperado de: [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones\\_Directoriales/2020/014-DG-29012020.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directoriales/2020/014-DG-29012020.pdf)
- HHVM. (2020b). Resolución Directoral N° 080 - DG/HHVM – 14 de abril de 2020. *Plan de Atención de Teleconsultas en Estado de Emergencia por Cuarentena - Hospital Hermilio Valdizán*. Lima, Lima, Perú: HHVM. Recuperado de: [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones\\_Directoriales/2020/080-DG-14042020.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directoriales/2020/080-DG-14042020.pdf)
- HHVM. (2020c). Resolución Directoral N° 085 - DG/HHVM – 30 de abril de 2020. *Plan de Servicios de Telemonitoreo para pacientes ambulatorios del Hospital Hermilio Valdizán*. Lima, Lima, Perú: HHVM. Recuperado de: [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones\\_Directoriales/2020/085-DG-30042020.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directoriales/2020/085-DG-30042020.pdf)
- HHVM. (2020d). Resolución Directoral N° 089 - DG/HHVM – 15 de mayo de 2020. *Plan de Telesalud en Estado de emergencia sanitaria del Hospital Hermilio Valdizán*. Lima, Lima, Perú: HHVM.
- HHVM. (2020e). Resolución Directoral N° 101 - DG/HHVM – 15 de junio de 2020. *"Comité para definir y estandarizar los Kits para teleconsultas"*. Lima, Lima, Perú: HHVM. Recuperado de: [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones\\_Directoriales/2020/101-DG-15062020-1.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directoriales/2020/101-DG-15062020-1.pdf)
- HHVM. (2020f). Resolución Directoral N° 193 - DG/HHV – 31 de diciembre de 2020. Plan de Teleseguimiento del Hospital Hermilio Valdizán. Lima. Recuperado de: [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones\\_Directoriales/2020/193-DG-30122020.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directoriales/2020/193-DG-30122020.pdf)
- Holland, A. (2014). *Forbearance as Redistribution: Enforcement Politics in Urban Latin America*. Cambridge: Harvard Library.
- Howells, J. (2006). Intermediation and the role of intermediaries in innovation. *Research Policy*, 35(5), 715 - 728.

- Howlett, M., Mukherjee, I., y Koppenjan, J. (2017). Policy learning and policy networks in theory and practice: the role of policy brokers in the Indonesian biodiesel policy network. *Policy and Society*, 36(2), 233-250.
- Howlett, M., Ramesh, M. y Saguin, K. (2018). Diffusion of CCTs from Latin America to Asia: the Philippine 4Ps case. *Brazilian Journal of Public Administration*, 52(2), 264 - 284.
- Hufty, M. (2010). Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 39-61.
- ITU. (2018). *Estudio sobre TIC y salud pública en América Latina: la perspectiva de e-salud y m-salud*. Ginebra: Oficina Regional de la UIT para las Américas.
- Jacobs, K. y Barnett, P. (2002). "Policy Transfer and Policy Learning: A study of the 1991 New Zealand Health Services Taskforce". *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 13(2), 185-213.
- Kazez, R. (2009). Los estudios de casos y el problema de la selección de la muestra: aportes del sistema de matrices de datos. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 13(1), 71-89.
- Keck, M. y Kathryn, S. (1998). *Activists beyond Borders: Advocacy Networks in International Politics*. Ithaca: Cornell University Press.
- Keohane, R. y Nye, J. (1988). *Poder e Interdependencia en Transición*. Bogotá: Grupo Editor Latinoamericano.
- King, G., O'Donnell, C., Boddy, D., Smith, F., Heaney, D. y Mair, F. (2012). "Boundaries and e-health implementation in health and social care". *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 12(100), 1-11.
- Klecun, E., Zhou, Y., Kankanhalli, A., Hwee Wee, Y. y Hibberd, R. (2019). The dynamics of institutional pressures and stakeholder behavior in national electronic health record implementations: A tale of two countries. *Journal of Information Technology*, 34(4), 292-332.
- Kolisnyk, K., Sokol, E. y Goldobin, S. (2018). Actual Problems of Information Technologies Use in the Telemedicine Services Provision in Special Conditions. *PIC S&T*, 479-484.
- KONRAD. (2009). *La cooperación internacional: herramienta clave para el desarrollo de nuestra región*. Buenos Aires: KONRAD.
- Lijphart, A. (1971). Comparative Politics and the Comparative Method. *The American Political Science Review*, 65(3), 682-693.

- Mair, F., May, C., O'Donnell, C., Finch, T., Sullivand, F. y Murray, E. (2012). Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review. *Bull World Health Organ*, 90(5), 357-364.
- Markus, P. (2017). Plan Nacional de Gestión de Riesgo en Costa Rica en el Marco de la Agenda Global de Cambio para Reducir los Riesgos a Desastres. *Revista En Torno a la Prevención*, 18, 15-36.
- McCann, E. y Ward, K. (2013). A multi-disciplinary approach to policy transfer research: geographies, assemblages, mobilities and mutations. *Policy Studies*, 34(1), 2-18.
- McRobie, E., Matovu, F., Nanyiti, A., Nonvignon, J., Abankwah, DNY., Case, KK., Hallett, TB., Hanefeld, J. y Conteh, L. (2018). National responses to global health targets: exploring policy transfer in the context of the UNAIDS '90–90–90' treatment targets in Ghana and Uganda. *Health Policy and Planning*, 33(1), 17-33.
- Minkman, E., Van Buuren, A. y Bekkers, V. (2018). Policy transfer routes: an evidence-based conceptual model to explain policy adoption. *Policy Studies*, 39(2), 222-250.
- MINSA. (2009). Norma Técnica de Salud N° 067-MINSA/ DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud en Telesalud”. Lima: MINSA. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321987-norma-tecnica-de-salud-en-telesalud-nts-n-067-minsa-dgsp-v-01>
- MINSA. (2012). Resolución Ministerial N° 297-2012/MINSA: Aprobación del documento técnico “Establecimiento del Marco Conceptual para el Fortalecimiento en Sistemas de Información y Tecnologías de Información y Comunicación en el Ministerio de Salud”. Lima: MINSA. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/242204-297-2012-minsa>
- MINSA. (2017a). Decreto Supremo N.º 008-2017-SA: *Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud*. Lima: El Peruano. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/190095-008-2017-sa>
- MINSA. (2017b). *Telesalud: Desafíos en salud a distancia*. Lima: MINSA.
- MINSA. (2018a). Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria. Lima: MINSA. Recuperado de: <http://bvs.minisa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>

- MINSA. (2018b). *Resolución Ministerial N° 1367 - 31 de diciembre de 2018*. Lima: MINSA. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/235980-1367-2018-minsa>
- MINSA. (2019a). Decreto Supremo N° 003-2019-SA: Aprueba el Reglamento de Telesalud de la ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud modificada con el Decreto Legislativo N° 1303, decreto que optimiza procesos vinculados a Telesalud. Lima. Recuperado de: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-reglamento-de-la-ley-n-30421-ley-marco-de-tele-decreto-supremo-n-003-2019-sa-1741932-4/>
- MINSA. (2019b). *Resolución Directoral N° 268 - 2019*. Lima: MINSA.
- MINSA. (2020a). Resolución Ministerial N° 117-2020-MINSA. Lima: MINSA. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/462720-117-2020-minsa>
- MINSA. (2020b). Resolución Ministerial N° 1010 - 2020: Plan Nacional de Telesalud 2020 - 2023. Lima: Minsa. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1420408-1010-2020-minsa>
- MINSA. (2020c). Memoria Institucional 2017 – 2019: Dirección General de Telesalud, Referencias y Urgencias. Lima: Minsa. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5164.pdf>
- MINSA. (2021). Teleatiendo: Avances y retos de la Telemedicina en el Perú. Lima: MINSA. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=839shLREeLk>
- Miranda, L. (2016). *Influencia de las Organizaciones Internacionales en el modelo de desarrollo de los países de América Latina mediante de la educación*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Moyson, S., Scholten, P. y Weible, C. (2017). Policy learning and policy change: theorizing their relations from different perspectives. *Policy and Society*, 36(2), 161-177.
- Murray, E., Burns, J., May, C., Finch, T., O'Donnell, O., Wallace, P. y Mair, F. (2011). "Why is it difficult to implement e-health initiatives? A qualitative study". *Implementation Science*, 6(6), 1-11.
- Murray, E., May, C. y Mair, F. (2010). "Development and formative evaluation of the e-Health Implementation Toolkit (e-HIT)". *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 10(61), 1-8.

- MTC (2005). Decreto Supremo 028-2005-MTC: “Aprueban Plan Nacional de Telesalud”. Recuperado de: [http://transparencia.mtc.gob.pe/idm\\_docs/normas\\_legales/1\\_0\\_917.pdf](http://transparencia.mtc.gob.pe/idm_docs/normas_legales/1_0_917.pdf)
- Neles da Silva, K. C., Meier, F., Sanches, F., Simonette, M. y Spina, E. (2010). “Needs for a Systems Engineering Process based on Human Factors for e-Health Systems Implementation”. *Pan American Health Care Exchanges*, 43-46.
- Novillo-Ortíz, D., D'Agustino, M. y Becerra-Posada, F. (2016). El rol de la OPS/OMS en el desarrollo de capacidad en eSalud en las Américas: análisis del período 2011-2015. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40(2), 86-89.
- OCDE. (2015). *Caminos de Desarrollo: Estudio multidimensional del Perú. Volumen 1. Evaluación Inicial*. Paris: OECD.
- OCDE. (2016). *Estudio Multidimensional del Perú. Volumen 2. Análisis detallado y Recomendaciones*. Paris: OECD Publishing.
- OCDE. (2017). *Monitoring Health System Performance in Peru: Data and Statistics*. Paris: OECD Publishing.
- OCDE. (2018). *Panorama de la Salud 2017: Indicadores de la OCDE*. Paris: OECD.
- OCDE. (2019). *Digital Government in Peru: Working Closely with Citizens*. Paris: OECD Publishing.
- OMS. (2004). 115 Reunión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. *Cybersalud* (16 de diciembre de 2004). Ginebra, Ginebra, Suiza: WHO.
- OMS. (2005). 58 Asamblea Mundial de la Salud. *Resoluciones y decisiones* (25 de mayo de 2005). Ginebra, Ginebra, Suiza: WHO.
- OMS. (2006a). *Ehealth: Tool and Services. Needs of the Member States*. Washington: WHO.
- OMS. (2006b). *Establecimiento de infraestructuras para la cibernsalud: Progresos realizador por los Estados Miembros*. Washington: WHO.
- OMS. (2008). *Building Foundations: eHealth in Europe*. Washington: WHO.
- OMS. (2009). *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth*. Washington: WHO.

- OMS. (2010). *Atlas eHealth country profiles: based on the findings of the second global survey on eHealth (Global Observatory for eHealth Series, 1)*. Washington: WHO.
- OMS. (2011a). *mHealth: new horizons for health through mobile technologies: second global survey on eHealth*. Washington: WHO.
- OMS. (2011b). *Protección y seguridad en internet: retos y avances en los Estados miembros: basado en los resultados de la segunda encuesta mundial sobre ciber salud*. Washington: WHO.
- OMS. (2011c). 51 Consejo Directivo de la Organización Mundial de la Salud. *Estrategia y Plan de Acción sobre eSALUD (1 de agosto de 2011)*. Ginebra, Ginebra, Suiza: WHO.
- OMS. (2012). *Regímenes jurídicos de la ciber salud: informe basado en las conclusiones de la segunda encuesta mundial sobre ciber salud*. Washington: WHO.
- OMS. (2014a). Policy approaches in eHealth standardization and interoperability. *Joint Inter-Ministerial Policy Dialogue on eHealth Standardization and Second WHO Forum on eHealth Standardization and Interoperability* (págs. 10-38). Ginebra: WHO.
- OMS. (2014b). *Conversaciones sobre eSalud*. Washington: WHO.
- OMS. (2014c). *Recomendaciones metodológicas para la medición de acceso y uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en el sector Salud*. Washington: WHO.
- OMS. (2014d). *Ciber salud e innovación en materia de salud de la mujer y el niño: Informe de Referencia*. Washington: WHO.
- OMS. (2014e). *eHealth and innovation in women's and children's health: a baseline review: based on the findings of the 2013 survey of CoIA countries*. Washington: WHO.
- OMS. (2016a). *Revisión de Estándares de interoperabilidad para la eSalud en Latinoamérica y el Caribe*. Washington: WHO.
- OMS. (2016b). *Atlas of eHealth country profiles: the use of eHealth in support of universal health coverage: based on the findings of the third global survey on eHealth 2015*. Washington: WHO.
- OMS. (2016c). *Handbook for Electronic Health Records Implementation*. Whashington: WHO.

- OMS. (2016d). *Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina*. Washington: WHO.
- OMS. (2016e). *Monitoring and evaluating digital health interventions: a practical guide to conducting research and assessment*. Washington: WHO.
- OMS. (2016f). *158 Sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud*. Washington: WHO.
- OMS. (2016g). *Defining evaluation indicators for telemedicine as a tool for reducing health inequities: Study and results of a community of practice*. Washington: WHO.
- OMS. (2016h). *eHealth Conversations. Using Information Management, Dialogue, and Knowledge Exchange to Move Toward Universal Access to Health*. Washington: WHO.
- OMS. (2016i). *Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth*. Washington: WHO.
- OMS. (2017a). *Agenda de salud sostenible para las américas 2018 - 2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región?* Washington: OMS.
- OMS. (2017b). *Información sobre la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en la Región de las Américas*. Washington: WHO.
- OMS. (2018). *71 Asamblea Mundial de la Salud. Salud Digital (26 de mayo de 2018)*. Ginebra, Ginebra, Suiza: Who.
- OMS. (2019a). *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Washington: WHO.
- OMS. (2019b). *Annual Report of the Director 2019*. Washington: WHO.
- ONU. (2010). *Las TIC para el crecimiento y la igualdad: renovando las estrategias de la sociedad de la información: Tercera Conferencia Ministerial sobre la Sociedad*. Washington: ONU.
- ONU. (2013). *Desarrollo de Telesalud en América Latina: Aspectos conceptuales y estado actual*. Washington: ONU.
- Onursal-Beşgül, Ö. (2016). Policy Transfer and Discursive De-Europeanisation: Higher Education from Bologna to Turkey. *South European Society and Politics*, 91-103.



- OPS. (2016a). *La eSalud en la Región de las Américas: derribando las barreras a la implementación. Resultados de la Tercera Encuesta Global de eSalud de la Organización Mundial de la Salud*. Washington: OMS.
- OPS. (2016b). *Registros médicos electrónicos en América Latina y el Caribe: Análisis sobre la situación actual y recomendaciones para la Región*. Washington: OPS.
- Ossebaard, H., y Van Gemert-Pijnen, L. (2016). E-Health and quality in health care: implementation time. *International Journal of Quality in Health Care*, 28(3), 415-419.
- Ow, L. y Cameron, A. (2019). What is the relevance of policy transfer and policy translation in integrated care development? *Journal of Integrated Care*, 27(1), 5-14.
- Pal, L. (2017). Policy Transfer and Resistance: Proposals for a New Research Agenda. *3rd International Conference on Public Policy* (págs. 1 - 29). Singapore: Universidade Federal de São Paulo.
- Park, C., Wilding, M. y Chung, C. (2014). The importance of feedback: Policy transfer, translation and the role of communication. *Policy Studies*, 35(4), 397-412.
- PCM (2011a). Decreto Supremo N° 066-2011-PCM: "Plan de Desarrollo de la Sociedad de la Información en el Perú - La Agenda Digital Peruana 2.0". Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/292337-066-2011-pcm>
- PCM (2011b). Decreto Supremo N° 083-2011-PCM: "Decreto Supremo mediante el cual se crea la Plataforma de Interoperabilidad del Estado - PIDE". Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/292465-083-2011-pcm>
- PCM. (2015). Declaran de interés nacional las acciones, actividades e iniciativas desarrolladas en el marco del proceso de vinculación del Perú con la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) e implementación del Programa País. *Decreto Supremo - N° 086 - 2015 – PCM* (16 de diciembre de 2015). Lima, Lima, Perú: El Peruano. Recuperado de: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/declaran-de-interes-nacional-las-acciones-actividades-e-ini-decreto-supremo-n-086-2015-pcm-1323664-3/>
- PCM. (2018). Decreto Supremo que crea la Plataforma Digital Única del Estado Peruano y establecen disposiciones adicionales para el desarrollo del Gobierno Digital. *DECRETO SUPREMO N° 033-2018-PCM (23 de marzo de 2018)*. Lima, Lima, Peru: El Peruano. Recuperado de:

<https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/108986-033-2018-pcm>

- Peck, J. (2011). Geographies of policy: From transfer-diffusion to mobility-mutation. *Progress in Human Geography*, 35(6), 773 - 797.
- Pérez - Lu, J., Iguiniz, R., Bayer, A. y García, P. (2015). Reduciendo las inequidades en salud y mejorando la salud materna mediante la mejora de los sistemas de información en salud: Wawared Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(2), s/p.
- Perrotta, D. (2015). Organismos Internacionales y Políticas en Educación Superior: su aporte al campo de estudios de la educación superior y a la construcción de políticas públicas. *Revista de Educación Superior*, 44(1), 181-188.
- Porto, O. y Pal, L. (2018). New frontiers and directions in policy transfer, diffusion and circulation research: agents, spaces, resistance, and Translations. *Brazilian Journal of Public Administration*, 52(2), 199 - 220.
- Putman, R. (1988). Diplomacy and Domestic Politics: The logic of two levels games. *International Organization*, 42(3), 427-460.
- Riche, C. (2017). Back To The Micro: Policy Actor Learning in Collaborative Arrangement. *International Workshops on Public Policy of the International Public Policy Association (University of Pittsburgh, 26-28 June 2017)* (págs. 1 - 19). Pittsburgh: Université catholique de Louvain, Institut de Sciences Politiques Louvain-Europe.
- Rivera - Aguilera, G. (2017). Los procesos de influencia global/local en políticas públicas: Una propuesta metodológica. *Psicoperspectivas*, 16(3), 111-121.
- Rodgers, D. (2014). Bearing tales: networks and narratives in social policy transfer. *Journal of Global History*, 9(2), 301-313.
- Rosenau, J. (1969). Toward the Study of National-International Linkages. En J. Rosenau, *Linkage Politics* (págs. 44-63). New York: The Free Press.
- Samet, J. (2012). A global health perspective on the future of tobacco control. *Salud Pública México*, 54(3), 264-269.
- Schwamm, L. (2014). Telehealth: Seven Strategies To Successfully Implement Disruptive Technology And Transform Health Care. *Health Affairs*, 33(2), 200-206.

- SEGDI. (2018a). Aprueban lineamientos para la formulación del Plan de Gobierno Digital. *Resolución de Secretaría de Gobierno Digital - N° 005-2018-PCM/SEGDI* (22 de diciembre). Lima, Lima, Perú: El Peruano.
- SEGDI. (2018b). *Lineamientos del Líder de Gobierno Digital*. Lima: PCM.
- SEGDI. (2018c). *Lineamientos para la formulación del Plan de Gobierno Digital*. Lima: PCM.
- Skjegstad, Å., Bjørnå, H. y Sollund, M. (2020). Policy Transfer of Branding and Reputation Management: Motivations, Challenges, and Opportunities for a Small Rural Municipality. *Public Performance & Management Review*, 43(2), 461-482.
- Skocpol, T., Evans, P. y Rueschemeyer, D. (1985). *Bringing the State back in*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stone, D. (2012). Transfer and translation of policy. *Policy Studies*, 33(6), 483 - 499.
- Stone, D., Porto, O. y Pal, L. (2019). Transnational policy transfer: the circulation of ideas, power and development models. *Policy and Society*, 39(1), 1-18.
- Swainson, R. y De Loe, R. (2011). The Importance of Context in Relation to Policy Transfer: a Case Study of Environmental Water Allocation in Australia. *Environmental Policy and Governance*, 21(1), 58-69.
- Terrasse, M., Gorin, M. y Sisti, D. (2019). Social Media, E-Health and Medical Ethics. *Hastings Center Report*, 49(1), 24-33.
- Thomas, B. y Bertolini, L. (2015). Policy transfer among planners in transitoriented development. *TPR*, 86(5), 537-560.
- Tomás, C. y Belman, J. (2018). El papel de las organizaciones internacionales en la protección de los derechos humanos de los migrantes en México. *CIMEXUS*, 13(1), 89-109.
- Tsakatika, M. (2012). Slovenian Employment Policy: 'Soft' Europeanisation by Consensus. *Europe-Asia Studies*, 64(4), 673-693.
- Uceda, J. (2015). Reforma del Sistema de Salud en el Perú. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 28(2), 94-98.
- Valenzuela, F. y Sibrian, N. (2020). Las Lógicas del Trabajo Moral en Telemedicina: Disputas en Torno a la Legitimidad de Políticas de salud digital. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(2), 273-297.

- Valle, J. (2012). La política educativa supranacional: un nuevo campo de conocimiento para abordar Las políticas educativas en un mundo globalizado. *Revista Española de Educación Comparada*, 20, 109-144.
- Van Ginneken, W. (2007). Extending social security coverage: Concepts, global trends and policy issues. *International Social Security Review*, 60(2/3), 39-57.
- Velásquez, A., Suarez, D. y Nepo-Linares, E. (2016). Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 546-555.
- Verger, A., Novelli, M. y Kosar, H. (2012). Global Education Policy and International Development: An Introductory Framework. En A. Verger, M. Novelli, & H. Kosar, *Global Education Policy and International Development: New Agendas, Issues and Policies* (págs. 3-32). London: Bloomsbury Academic.
- Villamar, Z. (2017). Gobernanza global y su propio desarrollo. *Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM*, 127, 135-149.
- Vitacca, M., Mazzù, M. y Scalvini, S. (2009). Socio-technical and organizational challenges to wider e-Health implementation. *Review series: TeleHealth*, 6(2), 91-97.
- Welsh, H. (2010). Policy Transfer in the Unified Germany: From Imitation to Feedback Loops. *German Studies Review*, 33(3), 531-548.
- Westney, E. (1987). *Imitation and Innovation: The Transfer of Western Organizational Patterns in Meiji Japan*. Cambridge: Harvard University Press.
- Witter, S., Anderson, I., Annear, P., Awosusi, A., Bhandari, N., Brikci, N., Binachon, B., Chanturidze, T., Gilbert, K., Jensen, C., Lievens, T., McPake, B., Raichowdhury, S., y Jones, A. (2019). What, why and how do health systems learn from one another? Insights from eight low- and middle-income country case studies. *Health Research Policy and Systems*, 17(9), 1-13.
- Witting, A. y Dudley, G. (2019). Narrative strategies in the policy process: social and cognitive foundations. *Journal of Risk Research*, 22(9), 1143-1155.
- Wolman, H. (1992). Understanding Cross National Policy Transfers: The Case of Britain and the US. *Governance*, 5(1), 27-45.

Yilmaz, G. (2017). It is voluntary transfer! Exploring healthcare reforms in Turkey. *Turkish Studies*, 18(4), 665-687.

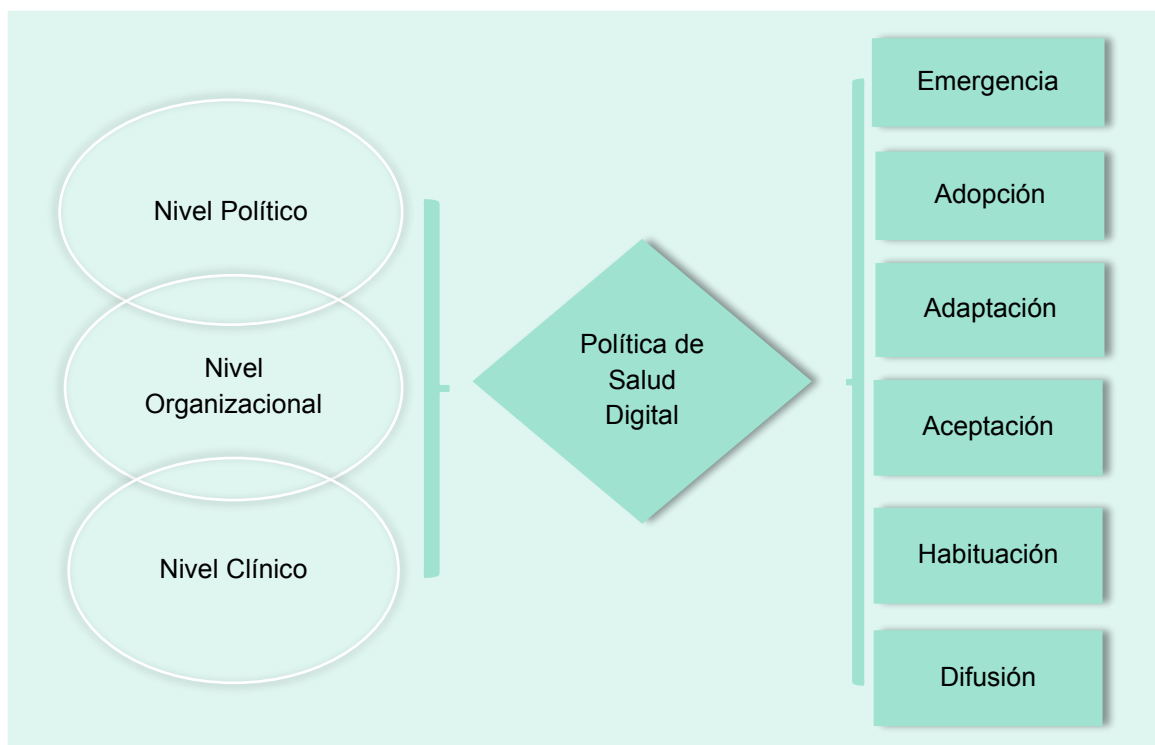
Zamora, E. (2018). Contribuciones contemporáneas de metodologías cualitativas para el análisis de políticas públicas: Process Tracing y Qualitative Comparative Analysis. *Revista de sociología política*, 26(67) 21-31.

Zhang, Y. y Marsh, D. (2016). Learning by doing: the case of administrative policy transfer in China. *Policy Studies*, 37(1), 35-52.



# Anexos

## Anexo A: Tres Niveles de Salud Digital



Fuente: Elaboración propia. En base a Gagnon et al., 2008, p. 4

## Anexo B: Descripción Hipótesis Alternativas e Hipótesis General

Hipótesis Alternativa 1	Hipótesis alternativa 2	Hipótesis alternativa 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enfoque de agencia, que enfatiza las características del individuo y el desarrollo de sus acciones.</li> <li>○ Se centra en los burócratas de política pública (BPP) con liderazgo organizacional encargados de gestionar política y técnicamente el ambiente como factor explicativo.</li> <li>○ Resalta que estos actores pertenecientes o cercanos a comunidades epistémicas que les brindan recursos y soporte necesario.</li> <li>○ Incluye una visión del Transnational Advocacy Network (Keck y Sikkink), como capacidad de establecer alianzas o asociaciones con actores fuera del contexto nacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enfoque institucional, parte de una visión que privilegia la existencia de un conjunto de reglas o normas en el ambiente donde se desenvuelven los actores.</li> <li>○ Se centra en la agenda internacional en salud digital planteada desde organismos internacionales con cierto grado de legitimidad como la OMS.</li> <li>○ Resalta el concepto de Gobernanza internacional (Keohane y Nye), que implica el establecimiento de patrones de ideas y comportamiento compartidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enfoque estructural que se construye sobre objetivos macro de actores nacionales nivel internacional</li> <li>○ Se centra en el “modelo de agenda internacional”, que plantea la existencia de procesos por los que pasan los actores y son considerados valiosos por ellos.</li> <li>○ Resalta el componente de autonomía que posee el Estado frente a la inexistencia de otros actores que puedan cuestionarlo.</li> <li>○ Incluye el concepto de “Two level game” (Putman), que implica que el Estado debe ser capaz de actuar en dos niveles (interno y externo) a la vez y aprovechar las ventajas que le ofrece cada uno.</li> </ul>
<p><b>Sub-hipótesis</b></p> <p>H1 → Los BPP comparten un conjunto de características (profesionales, personales) que les permite construir cierto tipo de nexos, sin perder su autonomía.</p>	<p><b>Sub-hipótesis</b></p> <p>H1 → La OMS ejerce gobernanza internacional en la digitalización de la salud al establecer una Agenda, recurriendo a su alto grado de legitimidad.</p>	<p><b>Sub-Hipótesis</b></p> <p>H1 → El Estado como actor posee ciertos intereses en el plano internacional que lo llevan a impulsar determinadas políticas nacionales de digitalización.</p>

H2 → Los BPP establecen el liderazgo organizacional por medio de estrategias necesarias para movilizar los recursos que tengan a su disposición dentro y fuera de su institución.

H3 → Los BPP interactúan con las comunidades epistémicas y aprovechan las ventajas que les brindan estas relaciones.

H2 → La OMS, controla los flujos de conocimiento e información y los distribuyen estratégicamente para establecer un contexto nacional, mucho más propicio para las TICs.

H2 → El alto de grado de autonomía que posee el Estado en el sector salud, debido a la ausencia de actores capaces de balancear su poder, le permite nombrar y designar funcionarios que respondan a sus intereses; así como el rumbo de estos.

#### Hipótesis general

- Enfoque completo que comprende a las estructuras, instituciones y actores. Por medio de la Transferencia de políticas públicas, toma en cuenta los tres niveles en los que los emprendedores de política pueden interactúan. (Stone 2012).
- Incluye una aproximación multinivel, que facilita la comprensión de estos espacios, no como campos separados sino en constante comunicación.
- Se centra en las macro estrategias a la que los actores recurren para alcanzar sus objetivos: Construcción de la Política e Institucionalización de Política (Dussauge 2017).
- Resalta el Proceso de Aprendizaje (lesson drawing logic), que implica diversos tipos de conocimiento de acuerdo con el espacio que se busca gestionar. (Riche, 2017) y las Interacción en este proceso, donde las comunidades epistémicas juegan un rol fundamental, llevando el aprendizaje desde lo formal a la auto – dirección. (Dunlop 2009).

#### Sub-hipótesis

H1 → Los emprendedores de política pública (EPP) identifican y analizan las posibilidades y limitaciones que se les presentan en el contexto nacional e internacional. De acuerdo con ello, establecen una fase de construcción de la política e institucionalización de la política.

H2 → El contexto internacional marca por medio de la OMS una agenda global favorable a digitalización que provee información y evidencia en la toma decisiones.

H3 → El contexto nacional les provee una serie de posibilidades importantes como la existencia de un interés en una política digitalización en el sector salud y la ausencia de una institución encargada del proceso de digitalización (autonomía).

Fuente: Elaboración propia



## Anexo C: Perspectivas de los actores involucrados en la digitalización

Perspectivas	Componentes
Pacientes	Los pacientes como ciudadanos son centro de las políticas de salud digital. Estas se dirigen a reducir los costos de la atención, ofreciendo calidad, acceso y eficiencia.
Doctores	Como los principales operadores de salud, es necesario reconocer cuál es su posición con respecto a este tipo de políticas, ofreciéndoles de ser el caso los medios y espacio adecuado para adaptarse y adoptar estas nuevas herramientas.
Rol del sistema de salud	Como las dimensiones previas, condiciones preexistentes en el sistema de salud pueden beneficiar u obstaculizar este proceso de cambio. Entre los criterios más importantes se encuentra: en primer lugar, una estrategia clara para acompañar al paciente y el personal de salud en esta nueva etapa; en segundo lugar, un conocimiento amplio y completo de diversas herramientas tecnológicas y finalmente, una visión íntegra de la misma digitalización.
Rol de las tecnologías estandarizadas	Por último, esta dimensión busca homogenizar el uso de las tecnologías a nivel sistémico: estableciendo un mismo lenguaje y términos de respuesta entre los pacientes y el personal médico. A medida que exista mayor familiaridad será mucho más sencillo el proceso de adaptación.

Fuente: Elaboración propia. En base a Vitacca y otros, 2009, p. 92-96.

## Anexo D: Cuadro de entrevistas final

Institución	Entrevistado	
Ministerio de Salud	Liliana Má Cárdenas	Directora General – DIGTEL
	Bernadette Cotrina Urteaga	Exdirectora Ejecutiva de Telemedicina
	América Chang	Directora Ejecutiva de Telemedicina
	Cecilia López	Miembro – DITEL
	Cynthia Téllez	Miembro – DIGTEL
	Styp Canto	Miembro – DIGTEL
	Marco Aquino	Miembro – DIGTEL
Hospital Hermilio Valdizán	Gloria Cueva Vergara	Directora General - HHVM
	Jean Núñez del Prado	Coordinador de Telesalud – HHVM
	Liliana Alva	Coordinadora del Equipo de Telesalud – HHVM
	Giancarlo Biaggi	Jefe del Departamento de Rehabilitación - HHVM
Academia	Peter Busse	Médico y especialista en salud digital
	Elizabeth Espinoza	Comunicador y especialista en tics

Fuente: Elaboración propia.

## Anexo E: Constitución de la Salud digital



Fuente: Elaboración propia. En base a Colucci y otros, 2019, p. 447- 448

## Anexo F: Principios de Telesalud – LEY N° 30421



Fuente: Elaboración propia. En base a Congreso de la República, 2016, p.1

## Anexo G: Cronograma de Telecapacitaciones 2018 – HHVM

Julio	17/07/18 – 12.00 m	31/07/18 – 12.00 m
Telecapacitación	Intervención psicoterapéutica en las familias reconstruidas y la relación nutricional	Violencia Familiar
Ponente	Dra. Grethel Del Carmen Paz Asenjo, psicólogo del departamento de familia	Dr. Edwin Apaza Aceituno, Médico Psiquiatra
Dirigido a	Profesionales de salud en general	Profesionales de salud en general
Sala zoom	Enlace	Enlace
Agosto	14/08/18 – 12.00 m	28/08/18 – 12.00 m
Telecapacitación	Comunicación terapéutica	Trastorno por consumo de sustancias en adolescentes (alcohol)
Ponente	Dr. Favio Vega Galdós, Médico Psiquiatra	Dra. Marcela Chahua, Médico Psiquiatra Departamento de adicciones
Dirigido a	Profesionales de salud en general	Profesionales de salud en general
Sala zoom	Enlace	Enlace
Setiembre	11/09/18 – 12.00 m	25/09/18 – 12.00 m
Telecapacitación	TDHA: trastorno déficit de atención e hiperactividad	Trastorno por consumo de sustancias en adolescentes (cannabis)
Ponente	Dra. Milagros Toledo Castillo, Médico Psiquiatra	Dra. Marcela Chahua, Médico Psiquiatra Departamento de adicciones
Dirigido a	Profesionales de salud en general	Profesionales de salud en general
Sala zoom	Enlace	Enlace
Octubre	09/10/18 – 12.00 m	23/10/18 – 12.00 m
Telecapacitación	Trastorno del espectro autista	La psicoterapia familiar en la evolución y secuela de la violencia y abuso sexual
Ponente	Dra. Carolina Tuzet, Médico Psiquiatra	Dra. Grethel Del Carmen Paz Asenjo, Doctora en Psicología
Dirigido a	Profesionales de salud en general	Profesionales de salud en general
Sala zoom	Enlace	Enlace
Noviembre	06/11/18 – 12.00 m	
Telecapacitación	Depresión infantil	Transformo por abuso de videojuegos y redes sociales
Ponente	Dra. Silvana Solari.	Dra. Marcela Chahua, Médico Psiquiatra Departamento de adicciones
Dirigido a	Profesionales de salud en general	Profesionales de salud en general
Sala zoom	Enlace	Enlace
Diciembre	04/12/18 – 12.00 m	18/12/18 – 12.00 m
Telecapacitación	Trastorno por consumo de sustancias en adolescentes (Cocaína y PBC)	Trastorno por consumo de sustancias en adolescentes (Tabaco)

Ponente	Dra. Marcela Chahua, Médico Psiquiatra Departamento de adicciones	Dra. Marcela Chahua, Médico Psiquiatra Departamento de adicciones
Dirigido a	Profesionales de salud en general	Profesionales de salud en general
Sala zoom	Enlace	Enlace

Fuente: HHVM, 2018b, p. 1



## Anexo H: Actividades para cada eje de desarrollo

Eje de Telesalud	Recurso de trabajo	Descripción
<b>Telemedicina</b>	Plan de Trabajo de Telemedicina 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tele prevención de problemas de salud mental más frecuentes.</li> <li>b. Tele-diagnóstico de problemas de salud mental más frecuentes.</li> <li>c. Tele tratamiento de la evolución de casos complejos en salud mental.</li> <li>d. Tele junta médica para manejo de casos complejo en salud mental.</li> </ul>
<b>Telecapacitaciones</b>	Plan de Trabajo de Telecapacitaciones 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Capacitaciones a personal de salud en problemas de salud mental más frecuentes según etapa de vida.</li> <li>b. Capacitación a personal de salud en adicciones.</li> <li>c. Capacitación a personal de salud en psicoterapia individual, familiar y grupal.</li> <li>d. Discusión virtual de casos clínicos.</li> <li>e. Intercambio científico virtual.</li> </ul>
<b>Tele información, educación y comunicación a la Comunidad</b>	Plan de Trabajo de TeleIEC 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Promoción de la salud mental a la comunidad.</li> <li>b. Educación en factores protectores de riesgo implicados en problemas de salud mental.</li> <li>c. Información sobre los servicios de salud mental a la comunidad.</li> <li>d. Programa de capacitación virtual continua a la comunidad</li> </ul>
<b>Telegestión</b>	Plan de Trabajo de Telegestión 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Programa de capacitación en gestión de la información para que esta sea oportuna, segura y confidencia.</li> <li>b. Programa de tele reuniones para intercambio de experiencias.</li> </ul>

Fuente: HHVM, 2019a, p. 6