

Seis claves de la salud digital en el Perú

Instituto de Análisis y Gestión · Marzo 2026

En marzo de 2026, el Instituto de Análisis y Gestión organizó el webinar "**Salud digital en Perú: los prerrequisitos que aún no resolvemos**" para preguntarnos dónde está realmente el sistema, antes de hablar de inteligencia artificial y Salud 5.0. El Dr. Aníbal Velásquez presentó el diagnóstico de fondo; la Dra. Diana Bolívar, el Dr. Alfredo Rasmussen y el Ing. Javier Santisteban analizaron la situación a partir de su experiencia desde un hospital regional público, una clínica privada y el Ministerio de Salud. Este blog parte de esa conversación.

Mensajes centrales

El Perú tiene normas, experiencias acumuladas y gestores que han demostrado que el cambio es posible. Las restricciones son de diseño institucional, y entenderlas es el punto de partida.

Seis claves describen una cadena, no una lista de problemas independientes. El reto es múltiple: coordinación insuficiente y rectoría débil o discontinua; ciclos políticos más cortos que el cambio; estandarización de procesos que depende de iniciativa gerencial individual; métricas que no capturan cómo el sistema avanza; y corrección que queda librada a la voluntad particular al faltar retroalimentación. Cada eslabón alimenta al siguiente.

Dos alertas atraviesan toda la cadena. La primera: sin atender la fragmentación del sistema, la digitalización producirá grados de madurez desiguales entre subsistemas —y el riesgo real es que los avances amplíen brechas en lugar de cerrarlas. La segunda: la conectividad es una agenda que afecta educación, producción y comercio, entre otros aspectos, y por eso puede tener potencial de convergencia política.

01

El reto es de coordinación, no de tecnología ni de normas

Un sistema de información en salud tiene valor si todos los actores relevantes lo usan. Si un actor no lo usa, el valor cae para todos. Esto crea un problema de coordinación clásico: ningún actor individual tiene incentivo para adoptar unilateralmente un estándar si los demás no lo hacen.

El mercado no resuelve esto. Tampoco una norma sin mecanismo de cumplimiento. La tecnología existe y es accesible; las normas también existen. Lo que falta es el mecanismo que alinee a todos los actores al mismo tiempo.

02

El dato clínico necesita que el rector ejerza poder y voluntad real para su estandarización

El dato circula entre ministerio, aseguradoras, colegios profesionales, gobiernos regionales y establecimientos. Cada uno tiene incentivos distintos para registrarlo de una forma. Se necesita un actor con autoridad, legitimidad y permanencia suficiente para imponer un estándar y sostenerlo en el tiempo.

Tener la norma es el punto de partida, no el punto de llegada. Algunos sistemas resolvieron esto con mandatos vinculantes respaldados por procesos de años. El camino existe; requiere construir el proceso detrás del mandato, no solo el mandato.

03

El horizonte de gestión debe alinearse con el tiempo que requiere el cambio

Digitalizar un sistema de salud puede tomar entre cinco y diez años de trabajo sostenido. Los ciclos políticos son más cortos que ese plazo. Cada nueva autoridad hereda un sistema a medio construir, sin incentivo para completar lo que inició otro, y con incentivo para iniciar algo propio.

El resultado es el "cementerio" de pilotos: proyectos que arrancan, no escalan, y son reemplazados. Resolver esto no es un problema de personas sino de diseño: cómo blindar la digitalización del ciclo político para que la inversión de un gobierno pueda ser completada por el siguiente.

04

La tecnología no crea orden: lo requiere. El liderazgo gerencial es la condición previa

Cada servicio opera con flujos, lenguajes y codificaciones distintas. Los errores de registro no son fallas individuales: son consecuencia de procesos no estandarizados dentro de y entre instituciones que comparten propósitos pero no criterios. Sin ese orden previo, la digitalización no resuelve el caos; lo sistematiza.

Estandarizar procesos requiere un gerente que tome la decisión, la sostenga y la comunique a toda la organización —incluyendo al usuario, cuyo reconocimiento es el motor más eficaz del cambio. La experiencia muestra que ese liderazgo es replicable. El problema es que depende de individuos con voluntad, no de un diseño que lo produzca de forma sistemática.

05

Hay que medir si el sistema funciona, no solo cuánto produce

Lo que se reporta —consultas de telesalud, establecimientos en la red, recetas electrónicas emitidas— es importante, pero no refleja si el sistema como conjunto funciona mejor. Se pueden tener miles de teleconsultas registradas y el paciente que las recibió sigue volviendo al papel cuando va a otro establecimiento.

El gestor optimiza lo que se le mide. Redefinir qué se mide —del volumen de actividad al funcionamiento del sistema como conjunto— es una palanca concreta y subestimada. El sistema puede mostrar avance y estar estancado al mismo tiempo; la métrica correcta hace visible la diferencia.

06

Se necesita un canal de retroalimentación que el sistema pueda usar para corregirse

En el sector privado, el paciente que tiene una mala experiencia puede irse. Esa señal llega más fácilmente al gestor y se produce el ajuste. En el sector público, el paciente necesita un mecanismo formal de queja efectiva, y que su experiencia llegue en forma directa y sistemática al gestor.

Sin ese canal, el sistema no aprende de sus errores por diseño. Cuando aprende, es porque alguien lo construyó de manera deliberada. Eso es replicable: la experiencia muestra que cuando el usuario valida públicamente un resultado, genera un ciclo de motivación que ninguna capacitación produce. Diseñar ese canal es posible; no hacerlo es una elección.