

Intención de uso de la historia clínica electrónica en médicos de una clínica privada en el Perú

Intention to use electronic medical records among physicians at a private clinic in Peru

Jorge Luis Vergara-Florian ^{1,a}

¹ Universidad de Piura, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú.

^a Estudiante de medicina.

Información del artículo

Citar como: Vergara-Florian JL. Intención de uso de la historia clínica electrónica en médicos de una clínica privada en el Perú. *Health Care & Global Health*.2026;10(1):15-23.

DOI: 10.22258/hgh.2026.101.279

Autor corresponsal

Jorge Luis Vergara Florian
Dirección: Jr. Toquepala 241, Santiago de Surco. Lima, Perú.
Email: jlvergara931@gmail.com / jorge.vergara.f@udep.edu.pe
Teléfono: +51 940459518

Historial del artículo

Recibido: 1 de octubre de 2025
Primera decisión editorial: 25 de octubre de 2025
Versión revisada recibida: 3 de enero de 2026
Aceptado: 13 de enero de 2026
Publicado en línea: 15 de marzo de 2026

Proceso de revisión:

Tipo de revisión: revisión por pares doble ciego
Número de revisores externos: 2
Rondas de revisión: 1

Resumen

Objetivo: Describir las percepciones de los médicos sobre la intención de uso de la historia clínica electrónica (HCE) e identificar las características sociodemográficas, profesionales y laborales asociadas en una clínica privada de la sierra del Perú. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal que aplicó el instrumento «Cuestionario sobre los factores determinantes del uso de la historia clínica digital de Quebec (HCQ) en la toma de decisiones clínicas»; este fue traducido y modificado para un contexto nacional, alcanzando un α de Cronbach de 0,92. El instrumento evaluó 11 dimensiones relacionadas con la percepción e intención de uso de la HCE, a través de 36 ítems en escala Likert de siete puntos. Los datos fueron analizados con estadística descriptiva e inferencial no paramétrica (pruebas U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis) utilizando Jamovi 2.3.28, con un nivel de significancia de 0,05. **Resultados:** En una muestra de 61 médicos, la media del puntaje sobre la percepción del uso de la HCE fue de $5,9 \pm 0,6$, con una mediana de 6,1, en una escala de 1 a 7. Las dimensiones de la percepción de intención de uso de HCE muestran que la demostrabilidad de resultados y la norma profesional tuvieron una mediana de 7. **Conclusión:** Los médicos presentaron una percepción positiva hacia la HCE. La edad fue la principal variable asociada a las percepciones, posiblemente relacionadas con brechas tecnológicas. Estos hallazgos sugieren que la capacitación al momento de implementar la HCE debe ser adaptada al grupo etario del personal.

Palabras clave: Registro Electrónico de Salud; Percepción; Médicos; Informática Médica; Encuestas y Cuestionarios (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: To describe physicians' perceptions of their intention to use the electronic health record (EHR) and to identify the associated sociodemographic, professional, and work-related characteristics in a private clinic in the Peruvian highlands. **Materials and Methods:** descriptive cross-sectional observational study that applied the instrument "Questionnaire on the determining factors of the use of the digital medical history of Quebec (HCQ) in clinical decision making", this was translated and modified for a national context, achieving a Cronbach's alpha of 0.92. The instrument assessed 11 dimensions related to the perception and intention to use the EHR through 36 items rated on a seven-point Likert scale. Data were analyzed using descriptive and nonparametric inferential statistics (Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H tests) with Jamovi version 2.3.28, applying a significance level of 0.05. **Results:** In the sample of 61 physicians, the mean of the average score on the perception of use of the EHR was 5.9 ± 0.6 , the median was 6.1. The dimensions of the perception of intention to use EHR show that the demonstrability of results and the professional norm had a median of 7. **Conclusion:** Physicians showed a positive perception toward the EHR. Age was the main variable associated with these perceptions, possibly reflecting technological gaps. These findings suggest that training at the time of EHR implementation should be tailored to the staff's age group.

Keywords: Electronic Health Record; Perception; Physician; Medical Informatics; Surveys and Questionnaires (Source: MeSH, NLM).



Introducción

La historia clínica electrónica (HCE) ofrece múltiples beneficios: facilita el mapeo de datos, apoya la toma de decisiones clínicas, permite el acceso desde dispositivos móviles y sirve para el análisis con Big Data ^[1]. Las bases para la transición de la historia clínica del formato tradicional a digital fueron establecidas en las décadas de 1960 y 1970 ^[2]; desde entonces, el proceso de adopción de la HCE ha enfrentado dificultades asociadas a los altos costos de implementación, errores en la inclusión de datos y resistencia al nuevo formato digital por parte del personal médico ^[3]. En la actualidad, las condiciones han cambiado, las tecnologías son más accesibles y han favorecido la expansión de la HCE ^[4].

En 2018, Estados Unidos alcanzó un 98% de adopción de HCE y China un 85% ^[5]. En contraste, Latinoamérica presenta un avance lento. Argentina mantiene un sistema fragmentado, con limitaciones de regulación y estructura ^[6], y en Colombia cada entidad crea su propia historia sin compartirla ^[7]. En cambio, Uruguay ha implementado una HCE nacional obligatoria, con un 95% de cobertura poblacional ^[8]. Diversos estudios señalan que el éxito de la implementación de la HCE depende en gran medida de la resistencia del personal de salud, del diseño de los sistemas, del entorno social y del nivel de concienciación de los médicos respecto a sus beneficios ^{[9][10]}.

En el Perú, el Seguro Social de Salud (EsSalud) implementó la HCE mediante el Servicio de Salud Inteligente (EsSI) ^[11]; mientras que el Ministerio de Salud (MINS) avanza con su sistema HISMINSA ^[12]. El sector público utiliza en simultáneo SIS GalenPlus y HISMINSA, sin interoperabilidad, lo que genera duplicidad de información ^[13]. En el ámbito privado, cada institución elige su proveedor. La red de clínicas AUNA utiliza HIS5 ^[14].

En el Perú, en 2019 se identificaron diversas barreras para el uso de la HCE, relacionadas con la capacitación insuficiente, la carencia de insumos y equipos, y las limitaciones en el acceso a internet ^[15]. No obstante, la información sobre las percepciones y los factores asociados a su adopción sigue siendo limitada, especialmente en el ámbito privado. Por ello, esta investigación tuvo como objetivo describir la percepción de los médicos respecto a la intención de uso de la historia clínica electrónica (HCE) y evaluar su asociación con características sociodemográficas, profesionales y laborales en una clínica privada de la sierra peruana.

Materiales y métodos

Diseño y ámbito de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en la Clínica Limatambo (II-1), establecimiento privado de segundo nivel ubicado en Cajamarca, Perú, que ofrece servicios de consulta externa en diversas especialidades, hospitalización, emergencia, centro

obstétrico y quirúrgico. La clínica implementó la HCE entre 2015 y 2020, iniciando en emergencia, luego hospitalización y finalmente, consulta externa. Al momento de la recolección de datos, el sistema estaba plenamente operativo en todas las áreas. La HCE fue desarrollada por ingenieros de la institución, tomando como base el sistema EsSI de EsSalud y adaptándolo al contexto y población de la clínica.

Población y muestra de estudio

La población estuvo constituida por los 71 médicos generales y especialistas de la Clínica Limatambo, de los cuales 61 participaron del estudio. Se incluyó a los profesionales con contrato vigente y en ejercicio de sus funciones durante el periodo de recolección de datos. Dado que se invitó a la totalidad de los médicos del establecimiento de salud, no fue necesario realizar cálculo muestral ni aplicar técnicas de muestreo.

Variables

La variable principal fue la percepción de los profesionales sobre el uso de la HCE, medida mediante el "Cuestionario de percepciones sobre la adopción de la HCE" ^[16], con puntaje global que oscila de 36 (peor percepción) a 252 (mejor percepción). Además, se incluyeron variables sociodemográficas (edad, sexo), profesionales (años de experiencia, nivel formativo) y laborales (trabajo en otro EESS, experiencia previa con HCE).

Instrumento de recolección de datos

Se utilizó un instrumento estructurado en dos secciones. La primera correspondió a una ficha de caracterización que incluyó cinco preguntas orientadas a variables sociodemográficas, profesionales y laborales. La segunda consistió en un cuestionario de percepciones. Este instrumento fue traducido y adaptado del *Cuestionario sobre los factores determinantes del uso de la historia clínica digital de Quebec (HCQ)* ^[16]. Este cuestionario evaluó 11 dimensiones: demostrabilidad de resultados (2 ítems), norma social (3), resistencia al cambio (3), identidad personal (4), intención conductual (2), facilidad de uso percibida (3), autoeficacia informática (2), norma profesional (3), información sobre el cambio (3), utilidad percibida (5) y otras características (6); lo que conformó un total de 36 ítems valorados en una escala Likert de siete puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 7 = totalmente de acuerdo).

Este instrumento ha sido validado en estudios previos ^{[16][17]} y se sustenta en cuatro modelos teóricos: Modelo de Aceptación Tecnológica (TAM) ^[18], útil para predecir la adopción de tecnologías de la información, pero limitado en salud; el TAM Extendido (TAM-E) ^[19], que incorpora constructos sobre la aceptación de la tecnología en el sector salud; el Modelo Psicosocial (MP) ^[20], basado en la Teoría del Comportamiento Interpersonal e integrado por factores morales, sociales y culturales; y el Modelo Integrado (MI) ^[16] que combina TAM y MP con constructos adicionales sobre aceptación médica y tecnológica ^{[21][22]}.

Traducción, adaptación y verificación del instrumento

La traducción del cuestionario del francés al español fue realizada por un traductor no nativo de la Alianza Francesa;

no se realizó traducción inversa, ya que la adaptación priorizó la equivalencia conceptual y contextual al español del Perú, garantizando la comprensión y pertinencia de los ítems mediante revisión de expertos y prueba piloto. Se adaptaron seis ítems originalmente formulados en negativo para expresarlos en positivo (ítems 21, 5, 7, 8, 15 y 18); finalmente, con el apoyo de un médico epidemiólogo de la Universidad de Piura, con amplia experiencia en la validación de instrumentos, se realizaron ajustes terminológicos. Para evaluar claridad y tiempo de aplicación, se efectuó una prueba piloto en una unidad médica de un campamento minero, encuestando a cuatro médicos; el tiempo promedio de respuesta fue de 11 minutos y no se identificaron modificaciones necesarias.

Procedimiento de recogida de datos

La recogida de datos se realizó entre el 17 de julio y el 9 de agosto de 2023 mediante encuestas estructuradas, autocumplimentadas en formato impreso y respondidas individualmente bajo supervisión. Se aplicaron en un ambiente privado del EESS, otorgando 15 minutos por participante, y el flujo de encuestas dependió de la disponibilidad de los profesionales en su jornada laboral.

Aspectos éticos

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Piura (Exp. N.º PREMEDI08202119). También cuenta con registro de Proyectos de Investigación en Salud-PRISA, del Instituto Nacional de Salud. El estudio se desarrolló conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki; antes de la recolección de datos se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, garantizando su autonomía y la confidencialidad de la información.

Análisis estadístico

Los datos recolectados fueron evaluados mediante estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para variables categóricas, mientras que las variables cuantitativas fueron presentadas en medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar y rango intercuartil). La distribución de los datos se evaluó con la prueba de Shapiro–Wilk, evidenciándose ausencia de normalidad; por ello, se utilizaron pruebas no paramétricas en el análisis inferencial. La prueba U de Mann–Whitney se empleó para comparar los puntajes de percepción entre dos grupos independientes (sexo, experiencia previa con HCE y trabajo en otro establecimiento), mientras que la H de Kruskal–Wallis se aplicó en comparaciones con más de dos categorías (edad y años de experiencia profesional). Se estableció un nivel de significancia de $p < 0,05$, y los análisis se realizaron con el software Jamovi versión 2.3.28.

Resultados

Características de los participantes

Durante el estudio se identificaron 71 médicos, de los cuales se evaluó a 61; los excluidos no estaban activos durante la recolección de datos. En cuanto a las características sociodemográficas, la mayoría eran

hombres ($n=46$; 75,4%), con edades entre 30 y 71 años ($n=58$; 95,0%) y un promedio de $41,5 \pm 11,0$ años. Respecto a las características profesionales, predominó la experiencia de 11 a 20 años ($n=22$; 36,1%) y la condición de especialista ($n=42$; 68,9%). En las características laborales, el 83,6% tenía experiencia previa con HCE ($n=51$) y el 77,1% trabajaba en otro establecimiento de salud de forma simultánea ($n=47$) (Tabla 1).

Percepciones sobre la intención de uso de la historia clínica electrónica

En la muestra, la media del puntaje promedio sobre la percepción de uso de la HCE fue $5,9 \pm 0,6$; la mediana fue 6,1 (RIC = 5,7 – 6,4). Estos puntajes no tuvieron una distribución normal (estadístico de Shapiro–Wilk = 0,920, $p < 0,001$).

Las respuestas de los médicos a cada uno de los ítems en cada dimensión se muestran en la Tabla 2. El 71,1% de los

Tabla 1. Características sociodemográficas, profesionales y laborales de los médicos encuestados.

Variable	n Media ±DE	% Mediana (RIQ)
Características sociodemográficas		
Edad (años)*	41,5 ±11,0	39 (33 - 48)
26 a 29	3	5,0
30 a 39	29	47,5
40 a 71	29	47,5
Sexo		
Masculino	46	75,4
Femenino	15	24,6
Características profesionales		
Experiencia profesional (años)*	13,0 ±9,0	12 (5 - 20)
De 1 a 5	18	29,5
De 6 a 10	10	16,4
De 11 a 20	22	36,1
De 21 años a más	11	18,0
Tipo de médico		
Médico general	19	31,1
Médico especialista	42	68,9
Características laborales		
Experiencia previa con HCE		
No	10	16,4
Sí	51	83,6
Labora en otro establecimiento médico		
No	14	22,9
Sí	47	77,1
Total	61	100

n: Frecuencia, DE: Desviación estándar, RIQ: Rango intercuartil, HCE: Historia clínica electrónica.
*Expresado en valores números de Media ±DE y Mediana (RIQ).

Tabla 2. Distribución de las respuestas obtenidas a las precepciones a la intención de uso la historia clínica electrónica según dimensiones.

Dimensiones - enunciado	TED n (%)	PED n (%)	UED n (%)	ND/ NA n (%)	UDA n (%)	PDA n (%)	TDA n (%)
<i>Demostrabilidad de resultado</i>							
1. Considero que los beneficios del uso de la HCE son evidentes.	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (8,2)	11 (18,0)	44 (72,1)
6. Puedo informar sin problema alguno a mis colegas sobre los beneficios del uso de la HCE en mi labor.	3 (4,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,3)	8 (13,1)	10 (16,4)	38 (62,3)
<i>Norma Social</i>							
2. Mis colegas médicos aprueban el uso de la HCE en mi labor asistencial.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (8,2)	12 (19,7)	15 (24,6)	29 (47,5)
11. La mayoría de mis pacientes están a favor de que utilice la HCE.	1 (1,6)	2 (3,3)	2 (3,3)	14 (23)	7 (11,5)	13 (21,3)	22 (36,1)
36. Otros profesionales de la salud (enfermeras, farmacéuticos, etc.) aprueban el uso de la HCE en mi labor.	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (9,8)	7 (11,5)	15 (24,6)	32 (52,5)
<i>Resistencia al cambio</i>							
9. No me gustaría que la HCE cambiara las tareas que realizo a diario.	11 (18)	2 (3,3)	1 (1,6)	11 (18)	3 (4,9)	13 (21,3)	20 (32,8)
10. No me gustaría que la HCE cambiara mi procedimiento de toma decisiones clínicas.	9 (14,8)	2 (3,3)	0 (0,0)	12 (19,7)	4 (6,6)	6 (9,8)	28 (45,9)
29. No me gustaría que la HCE cambiara cómo interactúo con mis pacientes.	3 (4,9)	2 (3,3)	1 (1,6)	5 (8,2)	7 (11,5)	13 (21,3)	30 (49,2)
<i>Identidad personal</i>							
3. Ser una persona minuciosa me ayuda en el uso de la HCE.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (4,9)	5 (8,2)	19 (31,1)	34 (55,7)
4. Presento una buena capacidad de adaptación para el uso de la HCE.	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,6)	8 (13,1)	9 (14,8)	42 (68,9)
19. Me siento cómodo con las tecnologías de la información y la comunicación.	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,3)	7 (11,5)	13 (21,3)	38 (62,3)
22. Me considero una persona abierta al cambio.	0 (0,0)	1 (1,6)	2 (3,3)	3 (4,9)	3 (4,9)	11 (18)	41 (67,2)
<i>Intención conductual</i>							
20. Tengo pensado utilizar la HCE para todas mis actividades clínicas.	2 (3,3)	1 (1,6)	1 (1,6)	4 (6,6)	8 (13,1)	14 (23)	31 (50,8)
27. Independientemente de las condiciones, no tengo intención de utilizar la HCE.	2 (3,3)	2 (3,3)	7 (11,5)	5 (8,2)	1 (1,6)	3 (4,9)	41 (67,2)
<i>Facilidad de uso percibida</i>							
12. Considero que me resulta fácil utilizar la HCE en mis citas médicas.	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,6)	7 (11,5)	4 (6,6)	12 (19,7)	37 (60,7)
21. Aprender a utilizar la HCE me llevó mucho tiempo.	5 (8,2)	8 (13,1)	7 (11,5)	7 (11,5)	6 (9,8)	8 (13,1)	20 (32,8)
24. Creo que la HCE es fácil de utilizar.	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (4,9)	2 (3,3)	4 (6,6)	10 (16,4)	42 (68,9)
<i>Auto eficiencia informática</i>							
13. He recibido información sobre el uso de la HCE de manera oportuna.	3 (4,9)	0 (0,0)	2 (3,3)	4 (6,6)	9 (14,8)	13 (21,3)	30 (49,2)
17. Continuaré usando la HCE si obtengo soporte técnico.	1 (1,6)	0 (0,0)	1 (1,6)	3 (4,9)	7 (11,5)	8 (13,1)	41 (67,2)
<i>Norma profesional</i>							
14. Sería apropiado que los médicos de mi organización (Clínica) utilizaran la HCE.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,3)	6 (9,8)	10 (16,4)	43 (70,5)
28. Creo que sería correcto que otros médicos de mi área hospitalaria utilicen la HCE.	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,6)	2 (3,3)	4 (6,6)	10 (16,4)	44 (72,1)
34. Un médico de mi especialidad debe utilizar la HCE.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (4,9)	4 (6,6)	12 (19,7)	42 (68,9)
<i>Información sobre el cambio</i>							
23. Tengo acceso a toda la información que necesito para tomar la decisión de utilizar la HCE.	0 (0,0)	1 (1,6)	2 (3,3)	1 (1,6)	5 (8,2)	18 (29,5)	34 (55,7)
30. La información proporcionada me parece suficiente para decidir si utilizo o no la HCE.	0 (0,0)	1 (1,6)	1 (1,6)	3 (4,9)	7 (11,5)	19 (31,1)	30 (49,2)
32. Considero que he recibido la información pertinente sobre la utilidad y el uso de la HCE a su debido tiempo.	2 (3,3)	0 (0,0)	1 (1,6)	1 (1,6)	11 (18)	15 (24,6)	31 (50,8)
<i>Utilidad percibida</i>							
25. La utilización de la HCE contribuye a mejorar la calidad de la asistencia médica.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (4,9)	6 (9,8)	13 (21,3)	39 (63,9)
26. El uso de la HCE facilita el intercambio de información entre los diferentes profesionales de salud que laboran en la Clínica.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (4,9)	5 (8,2)	14 (23)	39 (63,9)
31. Utilizar la HCE me permitirá acceder rápidamente a los datos relevantes del paciente.	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,6)	0 (0,0)	4 (6,6)	16 (26,2)	40 (65,6)
33. El uso de la HCE evita la duplicación de exámenes.	1 (1,6)	1 (1,6)	2 (3,3)	5 (8,2)	5 (8,2)	11 (18)	36 (59)
35. El uso de la HCE reduce los riesgos de error.	1 (1,6)	0 (0,0)	1 (1,6)	5 (8,2)	6 (9,8)	16 (26,2)	32 (52,5)
<i>Ítems sin dimensiones</i>							
5. Con la implementación de la HCE corro el riesgo de que se me impongan cambios en la toma de decisiones clínicas.	7 (11,5)	6 (9,8)	10 (16,4)	7 (11,5)	3 (4,9)	5 (8,2)	23 (37,7)
7. El uso de la HCE interfiere en el desarrollo de mis citas médicas (consultas o actos médicos).	9 (14,8)	4 (6,6)	6 (9,8)	8 (13,1)	3 (4,9)	5 (8,2)	26 (42,6)
8. Algunos pacientes no aprueban el uso de la HCE en mi labor.	4 (6,6)	3 (4,9)	8 (13,1)	7 (11,5)	5 (8,2)	5 (8,2)	29 (47,5)
15. Me temo que la infraestructura existente en la Clínica no es suficiente para permitir el uso de la HCE.	2 (3,3)	11 (18)	11 (18)	6 (9,8)	4 (6,6)	5 (8,2)	22 (36,1)
16. Uso la HCE porque es similar a otras historias clínicas que ya he utilizado.	2 (3,3)	2 (3,3)	1 (1,6)	7 (11,5)	9 (14,8)	17 (27,9)	23 (37,7)
18. Me resulta difícil identificar los beneficios del uso de la HCE en mi labor.	6 (9,8)	7 (11,5)	4 (6,6)	5 (8,2)	3 (4,9)	8 (13,1)	28 (45,9)
TED: Totalmente en desacuerdo, PED: Parcialmente en desacuerdo, UED: Un poco en desacuerdo, ND/NA: Ni en desacuerdo ni de acuerdo, UDA: Un poco de acuerdo, PDA: Parcialmente de acuerdo, TDA: Totalmente de acuerdo, HCE: Historia clínica electrónica.							

médicos reportó estar totalmente de acuerdo con que los beneficios del uso de HCE son evidentes; además, el 72,1% está totalmente de acuerdo con que otros médicos del área hospitalaria usen la HCE. El puntaje de los ítems que evaluaron las dimensiones de la percepción de intención de uso de HCE mostró una mediana de 7 en demostrabilidad de resultados y norma profesional. Todas las dimensiones presentaron medianas superiores a 6, excepto resistencia al cambio y otras características. Los ítems sin dimensión tuvieron una mediana de 5,2. Los promedios de los ítems en cada dimensión no siguieron una distribución normal, con excepción de la facilidad de uso percibida (Tabla 3).

Características asociadas a la percepción del uso de las HCE

Se encontró una diferencia significativa en la variable edad respecto a las dimensiones demostrabilidad de resultados, identidad personal, intención conductual, facilidad de uso percibida, autoeficacia informática y en el puntaje global. En la variable sexo no se evidenció asociación (Tabla 4).

En cuanto a la experiencia profesional, se observaron diferencias significativas en identidad personal y facilidad de uso percibida. Respecto al tipo de médico (general/especialista), las diferencias significativas se hallaron en resistencia al cambio, identidad personal, intención conductual y facilidad de uso percibida (Tabla 5). Por su parte, en la variable laborar en otro establecimiento se encontraron diferencias significativas en identidad personal y facilidad de uso percibida, mientras que en la experiencia previa con HCE no se identificaron diferencias significativas (Tabla 6).

Discusión

En la muestra evaluada, los médicos expresaron percepciones mayormente positivas hacia el uso de la HCE. Destacaron la demostrabilidad de resultados, entendida como la posibilidad de constatar mejoras concretas en la práctica clínica, como un acceso más rápido a la información, reducción de errores y mayor calidad en los registros. Asimismo, resaltaron la norma profesional, es decir, la percepción de que el uso de la HCE forma parte de las buenas prácticas médicas y constituye lo esperado dentro del ejercicio profesional. También se reconoció la identidad personal vinculada a la adaptación tecnológica como un factor determinante. Ninguna dimensión mostró valoraciones negativas respecto a la adopción o uso de la HCE.

Las investigaciones realizadas para medir la aceptabilidad del uso de HCE han demostrado de forma muy similar que los profesionales se inclinan favorablemente respecto a esta tecnología; tal es el caso de una investigación realizada en Moquegua donde el 78% de los médicos reportaron, ante una encuesta, sentirse satisfechos con utilizar la HCE [23], resultado que converge con los hallazgos de este estudio.

En esta investigación se han determinado las percepciones de médicos, tanto generales como especialistas, sobre el uso de la HCE, no encontrando diferencias entre ambos grupos. Este aspecto podría deberse a que la HCE es una herramienta de aplicación transversal a todos los actos médicos, por lo que los resultados encontrados

Tabla 3. Distribución de los puntajes obtenidos de intención de uso de la historia clínica electrónica según dimensiones.

Dimensión (número de ítems)	Suma de Puntajes			Media de Puntajes			Rango Posible
	Media ±DE	Mediana (RIQ)	Min - Max	Media ±DE	Mediana (RIQ)	Min - Max	
Demostrabilidad de resultados (2)	12,7 ±1,9	14 (12 - 14)	6 - 14	6,4 ±0,9	7 (6 - 7)	3 - 7	2 - 14
Norma social (3)	17,7 ±2,7	18 (16 - 20)	9 - 21	5,9 ±0,9	6 (5,3 - 6,7)	3 - 7	3 - 21
Resistencia al cambio (3)	15,8 ±4,7	16 (13 - 20)	3 - 21	5,3 ±1,6	5,3 (4,3 - 6,7)	1 - 7	3 - 21
Identidad personal (4)	25,5 ±2,8	27 (24 - 28)	16 - 28	6,4 ±0,7	6,8 (6 - 7)	4 - 7	4 - 28
Intención conductual (2)	11,8 ±2,6	13 (9 - 14)	2 - 14	5,9 ±1,3	6,5 (4,5 - 7)	1 - 7	2 - 14
Facilidad de uso percibida (3)	17,4 ±3,2	18 (15 - 20)	10 - 21	5,8 ±1,1	6 (5 - 6,7)	3,3 - 7	3 - 21
Auto eficiencia informática (2)	12,2 ±2,1	13 (11 - 14)	7 - 14	6,1 ±1,0	6,5 (5,5 - 7)	3,5 - 7	2 - 14
Norma profesional (3)	19,6 ±2,2	21 (19 - 21)	13 - 21	6,5 ±0,7	7 (6,3 - 7)	4,3 - 7	3 - 21
Información sobre el cambio (3)	18,5 ±2,7	19 (18 - 21)	8 - 21	6,2 ±0,9	6,3 (6 - 7)	2,7 - 7	3 - 21
Utilidad percibida (5)	31,7 ±3,9	33 (29 - 35)	20 - 35	6,3 ±0,8	6,6 (5,8 - 7)	4 - 7	5 - 35
Ítems sin dimensiones (6)	30,1 ±8,0	31 (23 - 37)	15 - 42	5,0 ±1,3	5,2 (3,8 - 6,2)	2,5 - 7	6 - 42
General (36)	213,1 ±21,8	213 (202 - 223)	154 - 242	5,9 ±0,6	6,1 (5,7 - 6,4)	4,3 - 6,7	36 - 252

DE: Desviación estándar, RIQ: Rango intercuartil, Min: Valor Mínimo, Max: Valor Máximo.

Tabla 4. Distribución de los puntajes obtenidos de intención de uso de la historia clínica electrónica según características sociodemográficas de los médicos encuestados y dimensiones.

Dimensión	Total	Edad (años)			p [†]	Sexo		p ^{††}
		26 a 29 Mediana (RIQ)	30 a 39 Mediana (RIQ)	40 a 71 Mediana (RIQ)		Masculino Mediana (RIQ)	Femenino Mediana (RIQ)	
Demostrabilidad de resultados	7 (6 - 7)	6 (4 - 7)	7 (6,5 - 7)	6,5 (5,5 - 7)	0,034	7 (6 - 7)	6,5 (5,5 - 7)	0,260
Norma Social	6 (5,3 - 6,7)	6,7 (6 - 7)	6,3 (5,7 - 6,7)	5,7 (5 - 6,3)	0,070	6 (5,3 - 6,7)	5,7 (5,3 - 6,7)	0,277
Resistencia al cambio	5,3 (4,3 - 6,7)	5 (4,7 - 7)	5 (3,7 - 6,3)	6 (5 - 7)	0,179	5,3 (4,3 - 6,7)	6 (4,7 - 6,3)	0,648
Identidad personal	6,8 (6 - 7)	7 (6,8 - 7)	6,8 (6,5 - 7)	6,3 (5,8 - 6,5)	<0,001	6,5 (6 - 7)	6,8 (6,3 - 6,8)	0,449
Intención conductual	6,5 (4,5 - 7)	6,5 (6,5 - 7)	7 (6,5 - 7)	5 (4 - 7)	0,004	6,5 (4 - 7)	6,5 (4,5 - 7)	0,704
Facilidad de uso percibida	6 (5 - 6,7)	6,7 (6,7 - 7)	6,7 (5,3 - 7)	5 (4,7 - 6)	<0,001	5,8 (5 - 6,7)	6,7 (5 - 7)	0,306
Auto eficiencia informática	6,5 (5,5 - 7)	7 (6,5 - 7)	6,5 (6 - 7)	5,5 (5 - 7)	0,036	6,5 (5,5 - 7)	6,5 (5,5 - 7)	0,811
Norma profesional	7 (6,3 - 7)	7 (6,7 - 7)	7 (6,7 - 7)	6,7 (5,3 - 7)	0,060	7 (6 - 7)	6,7 (6,3 - 7)	0,495
Información sobre el cambio	6,3 (6 - 7)	6,3 (6 - 7)	6,7 (6 - 7)	6 (5 - 7)	0,082	6,3 (5,7 - 7)	6,3 (6 - 7)	0,632
Utilidad percibida	6,6 (5,8 - 7)	6,2 (5,8 - 7)	6,6 (6,4 - 7)	6,4 (5,2 - 7)	0,415	6,7 (5,8 - 7)	6,4 (6 - 6,8)	0,405
Ítems sin dimensiones	5,2 (3,8 - 6,2)	5,8 (5 - 6,2)	5,5 (4,2 - 6,2)	4,3 (3,7 - 6,2)	0,553	5,2 (3,7 - 6,2)	5,3 (4 - 6,2)	0,657
General	6,1 (5,7 - 6,4)	6,4 (6,1 - 6,5)	6,1 (5,9 - 6,4)	5,8 (5,2 - 6,2)	0,018	6,1 (5,6 - 6,4)	6 (5,7 - 6,4)	0,872

RIQ: Rango intercuartil.
[†]Prueba H de Kruskal-Wallis, ^{††}Prueba U de Mann-Whitney.

pueden llegar a ser comparables con los reportados en investigaciones con grupos profesionales específicos, como lo es el estudio de Curioso *et al.*, el cual fue realizado en médicos endocrinólogos y encontraron también percepciones positivas para el uso de la HCE [24].

El uso de esta tecnología no es ajeno a presentar valoraciones negativas por los profesionales; tal es el caso de la investigación de Skeff *et al.*, donde reportaron baja intención de uso dado que los profesionales encuestados percibían que la HCE podría dilatar innecesariamente la consulta

Tabla 5. Distribución de los puntajes obtenidos de intención de uso de la historia clínica electrónica según características profesionales de los médicos encuestados y dimensiones.

Dimensión	Total	Experiencia profesional (años)				p [†]	Tipo de Médico		p ^{††}
		De 1 a 5 Mediana (RIQ)	De 6 a 10 Mediana (RIQ)	De 11 a 20 Mediana (RIQ)	De 21 a más Mediana (RIQ)		Médico general Mediana (RIQ)	Médico especialista Mediana (RIQ)	
Demostrabilidad de resultado	7 (6 - 7)	7 (6,5 - 7)	7 (7 - 7)	6,5 (6 - 7)	7 (5,5 - 7)	0,420	7 (6,5 - 7)	7 (6 - 7)	0,515
Norma Social	6 (5,3 - 6,7)	6,2 (5,7 - 6,7)	6,3 (6 - 6,7)	5,8 (5 - 6,7)	5,7 (5 - 6,7)	0,551	6 (5,3 - 6,7)	6 (5 - 6,7)	0,515
Resistencia al cambio	5,3 (4,3 - 6,7)	5,3 (4,3 - 6,7)	5 (4 - 6)	6 (5 - 6,7)	5,3 (4,3 - 7)	0,690	4,7 (3,7 - 6)	6 (5 - 7)	0,048
Identidad personal	6,8 (6 - 7)	6,8 (6,3 - 7)	6,9 (6,8 - 7)	6,5 (5,8 - 6,8)	6 (5,8 - 7)	0,012	7 (6,8 - 7)	6,5 (6 - 6,8)	0,006
Intención conductual	6,5 (4,5 - 7)	7 (6,5 - 7)	6,5 (5,5 - 7)	6,3 (4 - 7)	5 (4 - 7)	0,070	7 (6,5 - 7)	6 (4 - 7)	0,015
Facilidad de uso percibida	6 (5 - 6,7)	6,7 (6 - 7)	6,7 (5,3 - 7)	5,3 (5 - 6,3)	5 (4,3 - 6)	0,003	6,7 (6 - 7)	5,3 (4,7 - 6,7)	0,002
Auto eficiencia informática	6,5 (5,5 - 7)	6,8 (6 - 7)	7 (6,5 - 7)	6 (5 - 7)	5,5 (4,5 - 7)	0,128	7 (6 - 7)	6,5 (5 - 7)	0,168
Norma profesional	7 (6,3 - 7)	7 (6,7 - 7)	7 (7 - 7)	6,8 (6 - 7)	7 (5,3 - 7)	0,256	7 (7 - 7)	7 (6 - 7)	0,035
Información sobre el cambio	6,3 (6 - 7)	6,3 (6 - 7)	6,8 (6 - 7)	6 (5 - 7)	6 (5 - 7)	0,245	6,3 (6 - 7)	6,3 (5,3 - 7)	0,417
Utilidad percibida	6,6 (5,8 - 7)	6,4 (6 - 6,8)	7 (6,8 - 7)	6,5 (5,8 - 7)	6,2 (5,4 - 7)	0,165	6,6 (6,4 - 7)	6,6 (5,8 - 7)	0,385
Ítems sin dimensiones	5,2 (3,8 - 6,2)	5,6 (5 - 6,2)	4,4 (3,5 - 6,2)	5,3 (4 - 6,3)	4,2 (3,7 - 6,2)	0,592	5,5 (4,2 - 6,2)	5,1 (3,7 - 6,2)	0,802
General	6,1 (5,7 - 6,4)	6,1 (6 - 6,4)	6,2 (5,8 - 6,6)	5,9 (5,4 - 6,3)	6 (4,7 - 6,3)	0,227	6,1 (6 - 6,4)	6 (5,4 - 6,4)	0,222

RIQ: Rango intercuartil.
[†]Prueba H de Kruskal-Wallis, ^{††}Prueba U de Mann-Whitney.

médica, y que esta herramienta recopilaba información no relevante para la atención del paciente [25]. Otros autores han reportado que los profesionales perciben que la relación entre el médico y el paciente se puede ver deteriorada por el uso de la HCE [26]. En nuestra investigación no se encontraron estos resultados; esto podría deberse a que la muestra evaluada se encontraba familiarizada con la HCE, al estar ya implementada y en uso en el establecimiento de salud.

Si bien en esta investigación se han evaluado las percepciones de médicos respecto al uso de la HCE, existen estudios que evalúan este fenómeno en personal de enfermería, quienes son actores claves en la atención de pacientes y el manejo de registros clínicos. En este grupo profesional se han identificado percepciones negativas ante esta tecnología, lo cual podría deberse a la falta de información sobre las ventajas que esta ofrece, dado que pueden llegar a considerar que su uso les irrogaría más carga laboral e incrementaría el tiempo de sus actividades [9][27]. La identificación de percepciones de este tipo es importante, ya que permite hacer una adecuada gestión de cambio cuando se desean realizar implementaciones.

Las percepciones ante el uso de la HCE se agrupan según los aspectos comunes que abordan; ante ello, destacamos que en esta investigación todas las dimensiones de la encuesta reportaron promedios positivos de las percepciones al tomar valores por encima de 4 (ni de acuerdo ni en desacuerdo); sin embargo, es posible que algunas de las dimensiones se destaquen de forma más positiva respecto a otras, tal como ocurre en la investigación de Gagnon *et al.*, en donde las dimensiones de facilidad de uso percibida, norma social, demostrabilidad de resultados y norma profesional fueron los predictores más sólidos cuando se evaluó la intención

de los médicos al uso de la HCE [16]. Estos resultados son consistentes con los nuestros, ya que dichas dimensiones presentan las valoraciones más altas, y por ende, positivas. Las percepciones son susceptibles de presentar diferencias según ciertas características de los profesionales; entre estas podemos identificar el rol de la edad. Los estudios de Walter Z *et al.* [28] y Venkatesh V *et al.* [29] reportaron que los profesionales más jóvenes presentan mejor intención de uso de la HCE; por lo cual, la edad presenta un papel modificador al estar vinculada con el cierre de brechas tecnológicas a nivel generacional. Por su parte, en nuestra investigación encontramos resultados similares, dado que la edad mostró asociación significativa con la valoración general de las percepciones de uso, así como con determinadas dimensiones, lo cual puede explicarse a que esta tecnología puede ser más intuitiva para los médicos más jóvenes al ser nativos digitales.

El sexo de los profesionales no ha demostrado mejorar la predisposición ante el uso de la HCE; sin embargo, en el estudio de Iqbal Z *et al.* [30], se ha reportado que la proporción de mujeres que optan por usar la HCE es proporcionalmente mayor respecto a aquellas que deciden no usarla; aunque no se han indagado a profundidad los fundamentos biológicos que puedan estar detrás de diferencias en la adopción de la HCE según sexo.

Marrie Pierre Gagnon *et al.*, a través del modelo de aceptación tecnológica (TAM) determinó que la experiencia previa muestra un efecto modificador significativo. En los médicos sin experiencia previa en HCE, la dimensión facilidad de uso percibida tuvo mayor impacto en la intención conductual de uso [16]. En nuestro estudio los resultados fueron similares; la experiencia previa fue significativa en las

Tabla 6. Distribución de los puntajes obtenidos de intención de uso de la historia clínica electrónica según características laborales de los médicos encuestados y dimensiones.

Dimensión	Total	Labora en otro establecimiento médico		p†	Experiencia previa con HCE		p†
		No Mediana (RIQ)	Sí Mediana (RIQ)		No Mediana (RIQ)	Sí Mediana (RIQ)	
Demostrabilidad de resultado	7 (6 - 7)	6,81 (6 - 7)	7 (6 - 7)	0,760	6,8 (6 - 7)	7 (6 - 7)	0,900
Norma Social	6 (5,3 - 6,7)	6 (5,7 - 6,7)	6 (5,3 - 6,7)	0,788	5,8 (5,3 - 6)	6 (5,3 - 6,7)	0,309
Resistencia al cambio	5,3 (4,3 - 6,7)	4,7 (3,7 - 6)	5,7 (4,3 - 7)	0,059	6,3 (5,7 - 7)	5 (4 - 6,3)	0,076
Identidad personal	6,8 (6 - 7)	6,8 (6,8 - 7)	6,5 (5,8 - 6,8)	0,018	6,5 (6,3 - 7)	6,8 (6 - 7)	0,936
Intención conductual	6,5 (4,5 - 7)	6,5 (6,5 - 7)	6,5 (4 - 7)	0,176	6,5 (6,5 - 7)	6,5 (4 - 7)	0,660
Facilidad de uso percibida	6 (5 - 6,7)	6,7 (6 - 7)	5,3 (5 - 6,7)	0,025	5,3 (5 - 6)	6 (5 - 7)	0,160
Auto eficiencia informática	6,5 (5,5 - 7)	6,8 (6 - 7)	6,5 (5 - 7)	0,429	5,8 (4,5 - 6,5)	6,5 (5,5 - 7)	0,070
Norma profesional	7 (6,3 - 7)	7 (7 - 7)	7 (6 - 7)	0,086	7 (6 - 7)	7 (6,3 - 7)	0,699
Información sobre el cambio	6,3 (6 - 7)	6,2 (6 - 7)	6,3 (5,3 - 7)	0,999	6 (5,3 - 6,3)	6,3 (6 - 7)	0,256
Utilidad percibida	6,6 (5,8 - 7)	6,6 (6 - 7)	6,6 (5,8 - 7)	0,632	6,7 (6 - 7)	6,6 (5,8 - 7)	0,561
Ítems sin dimensiones	5,2 (3,8 - 6,2)	5,7 (4,8 - 6,3)	5 (3,7 - 6,2)	0,193	4,3 (4 - 5,5)	5,5 (3,8 - 6,3)	0,236
General	6,1 (5,7 - 6,4)	6,1 (6 - 6,4)	6,1 (5,4 - 6,4)	0,365	5,9 (5,8 - 6,1)	6,1 (5,6 - 6,4)	0,405

RIQ: Rango intercuartil.
†Prueba U de Mann-Whitney.

dimensiones identidad personal y facilidad de uso percibida. Nuestro estudio usó el modelo integrado, que difiere de algunos constructos respecto al modelo TAM. El grado de especialización en el mismo estudio fue el que tuvo un efecto modificador significativo en 4 modelos diferentes (TAM, TAM extendido, Psicosocial e Integrado). En nuestro estudio solo modificó 4 dimensiones, y en general, no fue significativo.

La valoración positiva de la percepción de uso de la HCE encontrada puede estar relacionada con la adaptación de los profesionales ante esta tecnología, debido a que esta ya se encontraba implementada en la clínica, y que además es una tecnología que se viene utilizando en múltiples establecimientos de salud con características similares. La implementación de esta tecnología ha demostrado, en otros escenarios, diversos beneficios, tales como el aumento en la productividad, la mejora en la calidad de la información registrada y la mejoría en la calidad de la atención en los centros de salud ^[31].

Nuestro estudio tuvo limitaciones. Respecto a la muestra estudiada, solo se tomó en cuenta una clínica en la ciudad de Cajamarca; un estudio que implique el enrolamiento de una red de salud y/o hospitales nos dará más información respecto a la intención de uso de HCE. Nuestra encuesta fue de tipo cuantitativo cerrado; un enfoque que sume las opiniones de los médicos podría ayudar a materializar las presiones que tienen respecto a la incorporación de esta tecnología en sus ambientes laborales. El instrumento sobre las percepciones del uso de la HCE fue adaptado culturalmente al español del Perú de manera parcial, ya que no se disponía de una versión en español; sin embargo, nuestros hallazgos demuestran una adecuada confiabilidad interna y usabilidad. Por último, no se incluyeron preguntas sobre la percepción de los médicos respecto a si los pacientes estaban de acuerdo con el uso de la HCE, debido a consideraciones sobre la seguridad y confidencialidad de la información, aspectos que han sido abordados en otros contextos.

Conclusión

Los médicos encuestados presentaron una percepción positiva hacia el uso de la historia clínica electrónica (HCE), sin identificarse valoraciones negativas en las dimensiones evaluadas según el modelo integrado. La edad del profesional fue la principal característica asociada a las diferentes dimensiones de la percepción, lo que podría explicarse por brechas tecnológicas en médicos de mayor edad.

Referencias

1. Morejón-Palacio JL, González-Rodríguez R. Acercamiento a la historia clínica electrónica en el contexto de la informatización en salud. *Rev. méd. electrón.* 2022;44(2):403-412. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242022000200403&lng=es.
2. Evans RS. Electronic Health Records: Then, Now, and in the Future. *Yearb Med Inform.* 2016; Suppl1:S48-61. DOI:10.15265/IYS-2016-s006.
3. Añel RM, García I, Bravo R, Carballeira JD. Historia clínica y receta electrónica: riesgos y beneficios detectados desde su

Estos hallazgos tienen implicancias para el sistema sanitario, ya que evidencian que los procesos de implementación de la HCE requieren estrategias de capacitación y soporte técnico adaptadas al grupo etario de los médicos o profesionales en general. Esta estrategia diferenciada permitiría reducir las brechas generacionales y favorecer una adopción efectiva y sostenible. Asimismo, el estudio aporta evidencia desde el ámbito privado en una región de la sierra peruana, contribuyendo al conocimiento sobre la aceptación de la HCE en contextos descentralizados, y pone a disposición un potencial instrumento para medir la percepción sobre el uso de las HCE.

Información Complementaria

Contribución de los autores (Taxonomía Credit): JLVF: Participó en la conceptualización del estudio, curación de datos, análisis formal, la investigación, metodología, administración del proyecto, redacción del borrador original, revisión y edición.

Conflictos de interés: El autor declara no presentar potenciales conflictos de interés.

Financiamiento: El estudio fue autofinanciado por el autor.

Disponibilidad de datos: La base de datos está disponible de forma abierta en el repositorio Zenodo (European Organization For Nuclear Research, OpenAIRE) bajo el DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18260588>.

Agradecimientos: Al Dr. Franco Romaní por su asesoría en la conceptualización del estudio y supervisión. A Gilmer Solís de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana por su apoyo en la curación de datos, validación, visualización y revisión.

Declaración de uso de herramientas de inteligencia artificial (IA): El autor declara el uso de herramientas de IA en la etapa de edición de estilo con fines de apoyo y no sustitución del juicio científico. Todo el contenido asistido por IA fue revisado, verificado y validado críticamente, asumiendo plena responsabilidad por la exactitud, integridad y originalidad del manuscrito. No se introdujeron datos sensibles o confidenciales en las herramientas de IA.

En el proceso editorial, incluida la revisión por pares, se desarrolló conforme a la política de la revista sobre el uso responsable de herramientas de IA.

- implantación. Diseño, despliegue y usos seguros. *Aten Primaria*. 2021;53(1): 102220. DOI: 10.1016/j.aprim.2021.102220.
4. Fernandez AL, Agostinelli MS, Arias MP, Urrutia MA, Maestri W. La experiencia de implementar una historia clínica electrónica en siete centros en menos de un año. *Metro Cienc*. 2021;29(3):32–8. DOI:10.47464/MetroCiencia/vol29/3/2021/32-38.
 5. Liang J, Li Y, Zhang Z, Shen D, Xu J, Zheng X, Wang T, Tang B, Lei J, Zhang J. Adoption of Electronic Health Records (EHRs) in China During the Past 10 Years: Consecutive Survey Data Analysis and Comparison of Sino-American Challenges and Experiences. *J Med Internet Res*. 2021;23(2):e24813. DOI: 10.2196/24813.
 6. Krause M, Petracci M, Elicabe E, Rodríguez PG, Schwarz PKN, Ridaio M. Historia clínica electrónica: miradas críticas de médicos del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e220072. DOI: 10.1590/interface.220072.
 7. Redón IS, Ruiz DF, Suarez V, Prieto JD. Historias clínicas digitales desde la perspectiva colombiana: seguridad, calidad y gestión del dato. *INVENTUM*. 2018;13(24):22–28. DOI: 10.26620/uniminuto.inventum.13.24.2018.22-28.
 8. Gil JE, Viega MJ. Historia clínica electrónica: confidencialidad y privacidad de los datos clínicos. *Rev. Méd. Urug*. 2018;34(4):102–19. DOI: 10.29193/rmu.34.4.6.
 9. Oviedo AM, Gonzalez-Argote J. Factores asociados con la resistencia a la implementación de la historia clínica electrónica. *Rev. cuba. med*. 2022;51(4):e02202094. <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2094/1570>.
 10. Kavandi H, AlAwar Z, Jaana M. Benefits, facilitators, and barriers of electronic medical records implementation in outpatient settings: A scoping review. *J. Health Manag*. 2024;37(4):215–225. DOI: 10.1177/08404704231224070.
 11. Seguro Social de Salud. *Essalud*. 2019 [Fecha de acceso: el 10 de mayo del 2018]. <http://www.essalud.gob.pe/essalud-implementa-historia-clinica-digital-para-atencion-de-asegurados/>
 12. Alarcon-Loayza L, Rubio-Ortiz C, Chumán-Soto M. Interoperabilidad de Historias Clínicas Electrónicas en el Perú. *Rev. peru. comput. sist*. 2019;2(1):3-14. DOI: 10.15381/rpcs.v2i1.16359.
 13. Padilla PG. Sistematización de la reforma de los sistemas de información en salud del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en el período 2016-2017 [Tesis de maestría en Informática Biomédica en Salud Global con mención en Informática en Salud]. Universidad Cayetano Heredia; 2018. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/4365>
 14. Canales AR, Huapaya OS, Jesus MA, Mendoza JF, Sinti WL. Implementación de historia clínica electrónica en la Clínica Bellavista - Auna. 2016 [Tesis para optar el Grado Académico de Bachiller]. Universidad San Ignacio de Loyola; 2016. <https://repositorio.usil.edu.pe/entities/publication/3abe1ba1-cf5e-4c5b-b8a6-70c638253ee5>
 15. Tuanama J. Adopción de una historia clínica electrónica en establecimientos de salud de primer nivel: una aproximación cualitativa a la perspectiva del personal de salud [Tesis de maestría en Informática Biomédica en Salud Global con mención en Informática en Salud]. Universidad Cayetano Heredia; 2019. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/7263>
 16. Gagnon MP, Ghandour EK, Talla PK, Simonyan D, Godin G, Labrecque M, Ouimet M, Rousseau M. Electronic health record acceptance by physicians: Testing an integrated theoretical model. *J Biomed Inform*. 2014;48:17–27. DOI: 10.1016/j.jbi.2013.10.010.
 17. Yarbrough AK, Smith TB. Technology Acceptance among Physicians: A New Take on TAM. *Med Care Res Rev*. 2007;64(6):650–72. DOI:10.1177/1077558707305942.
 18. Morton ME, Wiedenbeck S. EHR Acceptance Factors in Ambulatory Care: A Survey of Physician Perceptions. *Perspect Health Inf Manag*. 2010;7(Winter):1–17. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2805555/pdf/phim0007-0001c.pdf>
 19. Melas CD, Zampetakis LA, Dimopoulou A, Moustakis V. Modeling the acceptance of clinical information systems among hospital medical staff: An extended TAM model. *J Biomed Inform*. 2011;44(4):553–64. DOI: 10.1016/j.jbi.2011.01.009.
 20. Gagnon MP, Orruño E, Asua J, Abdeljelil AB, Emparanza J. Using a Modified Technology Acceptance Model to Evaluate Healthcare Professionals' Adoption of a New Telemonitoring System. *Telemed J E-Health*. 2012;18(1):54–9. DOI:10.1089/tmj.2011.0066.
 21. Nov O, Ye C. Users' personality and perceived ease of use of digital libraries: The case for resistance to change. *JASIST*. 2008;59(5):845–51. DOI:10.1002/asi.20800.
 22. Venkatesh V, Davis FD. A Theoretical Extension of the Technology Acceptance Model: Four Longitudinal Field Studies. *Manag Sci*. 2000;46(2):186–204. DOI:10.1287/mnsc.46.2.186.11926.
 23. Curioso WH, Saldías J, Zambrano R. Historias clínicas electrónicas. Experiencia en un Hospital Nacional. Satisfacción por parte del personal de salud y pacientes. *Rev. Soc. Peru. Med. Interna*. 2002;15(1): 22-29. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-336715>
 24. Curioso WH, Gozzer E, Abad JR. Acceso y uso de las tecnologías de información y comunicación y percepciones hacia un sistema informático para mejorar la adherencia al tratamiento, en médicos endocrinólogos de un hospital público de Perú. *Rev. méd. hered*. 2011;22(1):15-22. DOI:10.20453/rmh.v22i1.1095.
 25. Skeff KM, Brown-Johnson CG, Asch SM, Zionts DL, Winget M, Kerem Y. Professional Behavior and Value Erosion: A Qualitative Study of Physicians and the Electronic Health Record. *J. Health Manag*. 2022;67(5):339–52. DOI:10.1097/JHM-D-21-00070.
 26. Chá MM. Historia clínica electrónica: factores de resistencia para su uso por parte de los médicos. *Rev. Méd. Urug*. 2020;36(2):122–43. DOI:10.29193/rmu.36.2.6.
 27. Cho Y, Kim M, Choi M. Factors associated with nurses' user resistance to change of electronic health record systems. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2021;21(1):218. DOI: 10.1186/s12911-021-01581-z.
 28. Walter Z, Lopez MS. Physician acceptance of information technologies: Role of perceived threat to professional autonomy. *Decis. Support. Syst*. 2008;46(1):206–15. DOI: 10.1016/j.dss.2008.06.004.
 29. Venkatesh V, Sykes TA, Zhang X. 'Just what the doctor ordered': A revised UTAUT for EMR system adoption and use by doctors. *Proceedings of the 44th Annual Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS-44)*. 2011;1-10. DOI:10.1109/HICSS.2011.1.
 30. Iqbal U, Ho C-H, Li Y-CJ, Nguyen P-A, Jian W-S, Wen H-C. The relationship between usage intention and adoption of electronic health records at primary care clinics. *Comput. Methods Programs Biomed*. 2013;112(3):731–7. DOI: 10.1016/j.cmpb.2013.09.001.
 31. Preciado AJ, Valles MA, Lévano D. Importancia del uso de sistemas de información en la automatización de historiales clínicos, una revisión sistemática. *RCIM*. 2021;13(1):e417. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcim/v13n1/1684-1859-rcim-13-01-e417.pdf>