

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**Modalidad de comunicación electrónica en los Sistemas de Salud:
Determinar sus características e implicancias hacia el usuario.**

**Estudio de Caso: En el Contact Center (Centro de Contacto) de
Gedyt S.A (Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica S.A),
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.**

Klógo. Ftra. Jesús Gerardo Álvarez Durán

Director de tesis: Prof. Dra. Bibiana Frare

FECHA DE ENTREGA

Buenos Aires 3 de Octubre de 2013

INTRODUCCION

En general, en el sistema de salud, se refleja una ausencia de estrategias de intervención de gestión en el sistema de comunicación con el usuario de bajo costo, que permitan mejorar el grado de eficiencia y calidad de la relación Servicio / Cliente en los servicios de Salud, mediante el enfoque de Comercio Electrónico, en su modalidad Empresa-Cliente y Cliente-Empresa.

Con los nuevos avances científicos, desde la década del 90, se iniciaron las primeras intervenciones del comercio electrónico a nivel de Internet, las cuales hoy por hoy son masivamente utilizadas, y se realizan a fin de acelerar la relación entre los núcleos de los negocios y el público que tiene acceso a los servicios de la red. El procedimiento consiste en atenuar la brecha existente entre el proveedor de los servicios, cualquiera que sea su rubro, con el cliente que tiene la necesidad de acceder a ellos. Esto ha logrado excelentes resultados en la disminución o ausencia de trámites burocráticos y aceleración de los tiempos de respuesta, y por ende, tendiente a conseguir la satisfacción del cliente, que utiliza los Servicios de Salud.

Uno de los países pioneros y donde el mayor número de empresas integran esta práctica es Estados Unidos de América; pero lamentablemente en los demás países de Latinoamérica y en especial Argentina, estas estrategias están catalogadas muchas veces como de gran costo en inversión de recursos, por lo que son poco frecuentes en el mercado general, y más aún en el rubro de los Servicios de Salud.

De lo anteriormente expuesto se identifica la necesidad de utilizar estrategias de intervención mucho más actuales y eficientes, enfocadas al contexto del Comercio Electrónico y su desarrollo en el Área de la Salud. Por lo tanto, se plantea en el presente trabajo de investigación, el abordaje en una fase inicial a través de un estudio de caso para plantear la creación de una estrategia de marketing del tipo E-commerce (comercio electrónico), enfocado en el Área de los Servicios de Salud. De acuerdo a esto se establece como problema a desarrollar a través del proceso investigativo lo siguiente:

¿Cómo se podrán optimizar los procesos de mejora continua de la calidad y lograr mayor satisfacción al usuario de los Servicios de Salud, mediante el uso del Comercio Electrónico?

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1 Objetivo General.

Describir la modalidad de comunicación electrónica en los Sistemas de Salud, determinando sus características e implicancias hacia el usuario.

Estudio de Caso: En el Contact Center (Centro de Contacto) de Gedyt S.A (Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica S.A), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

1.2 Objetivos Específicos.

- Identificar el grado de la calidad en los servicios y limitaciones funcionales de los mismos mediante evaluación completa enfocando la relación Servicio / Cliente en el presente estudio, a fin de determinar la creación de un servicio de comercio electrónico en el Área de la Salud.
- Establecer casos de aplicación de las estrategias Empresa-Cliente/ Cliente –Empresa.
- Determinar una estrategia enfocada al comercio electrónico dentro de los Servicios de Salud en los procesos de mejora continua.

- Analizar los factores de calidad y de relación Servicio / Cliente a fin de realizar mejoras tecnológicas en comercio electrónico orientadas en la disminución de los índices de insatisfacción, con la asesoría de profesionales capacitados para realizar dicha medición.

2. JUSTIFICACIÓN

El comercio electrónico en salud comenzó a desarrollarse en los Estados Unidos de América a fines de la década del '80. Es un campo muy amplio dentro del cual Internet es una herramienta que está teniendo actualmente un gran éxito. Muchos analistas consideran que es el medio de comunicación de crecimiento más rápido de la historia ya que en 5 años consiguió una cantidad de usuarios (50 millones en los Estados Unidos de América) equivalente a lo que a la televisión y a la radio les costó 13 años alcanzar

Hay una serie de indicadores que hacen referencia a Internet como fenómeno: en la Argentina, se estima que cerca de un millón de

personas lo utiliza. Ese cálculo se basa en que hay 400 mil cuentas suscriptas de acceso y su uso en el país en el último año alcanzó un 123% de crecimiento.

Las razones del rápido crecimiento de esta herramienta son los beneficios que ofrece: para los consumidores, existe una gran cantidad de información al alcance de la mano, el servicio está disponible las 24 horas y hay una reducción en el precio de los productos y servicios porque los fabricantes se pueden contactar con el público eliminando intermediarios. Para las organizaciones de salud, Internet brinda un nuevo canal de comunicación con los clientes para la promoción y comercialización de sus productos, hay un ahorro potencial en la conectividad de los distintos participantes de la industria (en la comunicación entre hospitales y prepagas, obras sociales y prestadores, etc.) a través de procesos de integración más eficientes, manejo de quejas, cambios de turnos, etc.

Salud es un terreno muy fértil para Internet ya que es uno de los sectores más importantes de la economía y del aspecto social. Es un mercado que favorece su desarrollo porque es un ámbito con información intensiva y tiene una amplia demanda (todos son potenciales requirentes de servicios y productos de salud). Por otro lado, la demanda de bienes y servicios en salud es muy vasta y las obras sociales, las prepagas y los hospitales, por ejemplo, necesitan información para realizar un eficaz control del gasto médico y para llevar adelante las gestiones. Además, ofrece importantes oportunidades de mejora en procesos poco automatizados, ineficientes, manuales, o en sistemas informáticos no integrados, etc. Dado que hay una fragmentación importante en el sector de la salud, puede resultar muy útil en la integración de las diversas partes involucradas.

Todos estos aspectos demuestran que es muy conveniente para las organizaciones de salud porque favorece el flujo y el procesamiento de la información tendiente a lograr sistemas de mejora continua.

“...En relación con las fuerzas que empujan el desarrollo de Internet en el sector de la salud hay que tener en cuenta que los consumidores están cada vez más demandantes y más activos en la investigación sobre temas de salud y en la toma de decisión respecto de tratamientos y servicios que quieren recibir...

...No se conforman sin comparar, analizar, buscar información y así es como exigen un alto nivel de calidad...”¹

Asimismo, las “...características del servicio lo vuelven atractivo: es de bajo costo, fácil de usar, democrático, en el sentido de que hay una diversidad de información muy grande, global, porque elimina las distancias, y funcional porque en los Estados Unidos de América hay aplicaciones dentro de los sitios que permiten al consumidor, por ejemplo, llevar un registro de salud propio. Esto en la Argentina probablemente se desarrolle en los próximos años...”²

En los usuarios que utilizan los servicios de salud y a su vez los servicios informáticos que brinda internet, se puede determinar la deficiencia en la calidad y por ende, la inconformidad en la relación Servicio / Cliente, que esto conlleva.

Por todo lo anteriormente expuesto, se hace necesaria la aplicación de un estudio sobre Relación Servicio/ Cliente, mediante comercio

¹ Revista Médicos- Número 10- Página 9- Gabriel Lores Arnaiz. Edición Enero/Febrero año 2000.

² Op. Cit. Revista Médicos- Número 10- Página 9- Gabriel Lores Arnaiz.

electrónico en el Sector Salud en el lugar seleccionado de estudio de la presente investigación del Contact Center de Gedyt SA. que incluye su Call Center (Centro de llamados telefónicos/**Internet**).

Cabe mencionar que, la UNIVERSIDAD DE CIENCIAS SOCIALES Y EMPRESARIALES a través de la Dirección de Postgrados y de los contenidos de las asignaturas de la Maestría en Administración de Servicios de Salud, mediante una formación íntegra, brinda a sus maestrandos herramientas para lograr estrategias justas y eficaces, permitiendo su total evolución profesional y ofreciendo a la sociedad soluciones apropiadas de acuerdo a las necesidades que surgen.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 BASES TEÓRICAS

Existen muchas definiciones de comercio electrónico o e-commerce, pero casi todas ellas coinciden en que se trata de cualquier forma de transacción comercial en la que las partes interactúan electrónicamente en lugar de por intercambio verbal o contacto físico.

Muchas veces las definiciones dependen del punto de vista del autor y se les da un enfoque más bien subjetivo en función de su propia experiencia en este campo.

A continuación, se ofrecen algunos ejemplos de las diferentes definiciones de comercio electrónico que se pueden encontrar:

Comercio Electrónico/ Ecomercio: “Cualquier tipo de actividad comercial que se realiza a través del Internet”³.

A lo largo del año 2000 se han ido desarrollando alianzas estratégicas y se han creado nuevas empresas de Internet. El comercio electrónico, integrado en todos los mercados y sectores empresariales, ha ido adquiriendo gran importancia.

³www.activ-commerce.com [F.C.: 07.08.2012]

En un estudio realizado por la Asociación Española de Comercio Electrónico (AECE) y por su Comisión de Investigación, se ofrecen algunos datos sobre la evolución del comercio electrónico. "...El estudio se basa en una selección de empresas asociadas pertenecientes a diversos sectores.

Debido a la evolución de las nuevas tecnologías, durante el 2001, el estudio de la AECE se divide en dos bloques: B2B (Bussines to Bussines / Negocio a Negocio) y B2C. (Bussines to Costumer / Negocio a Cliente).

En el informe sobre Comercio Electrónico B2B en España:

1. Se presentan las relaciones que las empresas tienen con otras empresas. En el 2000, 7.000 empresas españolas realizaron B2B, lo que representa un 47,3% de las empresas.

Y el estudio sobre Comercio Electrónico B2C en España:

2. Engloba todas aquellas relaciones que las empresas tienen con el consumidor final. Para realizar dicho estudio, se ha hecho una selección aleatoria a una población mayor de 18 años.

Se destacan los siguientes datos:

1. El comercio electrónico B2C movió una cifra de 34.000 millones de pesetas en el año 2000.
2. Unos 7.637.500 españoles utilizaron Internet en el año 2000.

3. El gasto medio del comprador on line fue de 34.814 pesetas en el 2000...”⁴

3.1.1 Tendencias

Son muchos los estudios realizados sobre comercio electrónico, y las cifras obtenidas demuestran que avanza a grandes pasos. Cada vez son más las empresas, y también los consumidores, que se decantan por el contacto a través de la Red (Internet).

Aquellas empresas tradicionales que opten por un futuro en la Red, tendrán que adaptar los procesos de su negocios/servicios y conocer el mercado para ir posicionándose en un lugar destacado, ya que posiblemente surgirán grandes competidores. En la actualidad, existe una nueva economía, la economía digital. Algunos de los estudios demuestran que los consumidores prestan más atención a las promociones, ayudas, etc. de los sitios de comercio electrónico.

Las conclusiones inferidas ante lo expuesto precedentemente apuntan a un incremento del volumen de negocio.

También se ha hablado mucho de las ventas online de B2B, a nivel internacional. Se prevé que el B2B europeo alcanzará los 3,1 billones de euros en 2004. Todos estos datos predicen un aumento de las estrategias de ventas en la Red.

⁴ Asociación Española de Comercio Electrónico (AECE) y por su Comisión de Investigación. 2001.

A continuación se destacan algunas cifras de previsión sobre el Comercio Electrónico generado por las empresas españolas:

1. “...Para el 2001 se prevé que los ingresos lleguen a 74.692 millones de pesetas.
2. Para el 2002 se prevé que el crecimiento aumente hasta los 336.114 millones de pesetas.
3. El 71% de los compradores en Internet satisfacen siempre sus expectativas.
4. El sistema de pago más utilizado son las tarjetas de pago, con un 70,3%...”⁵

3.2 TIPOS DE COMERCIO ELECTRÓNICO

“...Cada tipo de comercio electrónico tiene sus características, ventajas y desventajas y se clasifica en diferentes modelos para adaptarse al mercado.

El comercio electrónico, básicamente, consiste en el intercambio de información comercial mediante la transmisión de datos a través de la Red. Tanto las **compraventas** como las acciones previas, bien se

⁵ ESPACIOPYME, SA <http://www.educastur.princast.es/> [F.C.: 16.09.2012]

trate de publicidad o búsqueda de información, etc. se consideran actividades del comercio electrónico.

La proliferación de empresas y consumidores ha diversificado esta nueva realidad, creándose diferentes tipos de comercio electrónico para adaptarse a las necesidades del mercado.

3.2.1 Comercio electrónico B2B

El comercio electrónico B2B (*Business to Business*) es el negocio orientado entre las diversas empresas que operan a través de Internet. Dentro del comercio electrónico B2B se pueden distinguir tres modalidades:

1. El mercado controlado por el vendedor en busca de compradores.
2. El mercado controlado por el comprador que busca proveedores.
3. El mercado controlado por intermediarios que persiguen el acuerdo entre vendedores y compradores.

El comercio electrónico B2B ha supuesto un gran avance tecnológico, pero se requieren una serie de características para sacar el rendimiento óptimo:

1. Experiencia en el mercado concreto.
2. La oferta debe ser un valor añadido.
3. Evitar fallos de producción, logística y distribución.

Las ventajas y características han convertido al comercio B2B en una opción que cada vez tiene más adeptos:

1. Reducción de costos.
2. Ampliación de mercado.
3. Aumento de la velocidad.
4. Centralización de oferta y demanda.
5. Información de compradores, vendedores, productos y precios en un lugar común.
6. Mayor control de las compras.

3.2.2 Comercio electrónico B2C

En el comercio electrónico B2C (*Business to Consumer / Negocio - Cliente*) el negocio va dirigido de las empresas al consumidor.

Las ventajas más destacables del comercio electrónico B2C son:

1. Compra más cómoda y más rápida.
2. Ofertas y precios siempre actualizados.
3. Centros de atención al cliente integrados en la web.

Los **inconvenientes**, como sucede en toda transacción, también existen. El consumidor debe prestar especial atención a la **seguridad** en las compras.

Existen diferentes tipos de comercio electrónico B2C:

1. Intermediarios *on-line (en línea)*: Se trata de compañías que facilitan las transacciones entre compradores y vendedores a cambio de una contraprestación económica a modo de porcentaje.
2. Modelos basados en la publicidad: Publicidad basada en el sistema, donde las empresas tienen sitios web de un inventario, que venden a las partes interesadas.
3. Modelos basados en la comunidad: Las empresas facultan a los usuarios para interactuar, en todo el mundo, en áreas similares de interés.
4. Modelos basados en tarifas: En un sistema de pago basado en el sistema. En este caso la empresa cobra una tarifa de suscripción para ver su contenido.

3.2.3 Comercio electrónico B2A

El comercio electrónico B2A (*Business to Administration / Negocio-Administración*) es un servicio que ofrece la administración a las empresas –y también a los ciudadanos– para que se puedan realizar los trámites administrativos a través de Internet.

Las ventajas para las empresas son evidentes:

1. Ahorro considerable de tiempo y esfuerzo.
2. La posibilidad de descargarse formularios y modelos de los procedimientos administrativos.
3. Disponibilidad las 24 horas del día.
4. Información siempre actualizada.

3.2.4 Comercio electrónico B2E

El comercio electrónico B2E (*Business to Employee /Negocio - Empleado*) es otra aplicación que, en este caso, relaciona a las empresas con sus empleados. A través de la **intranet** el empleado puede ejercer parte de sus funciones de los procesos de negocio de la empresa.

El comercio electrónico B2E ofrece ventajas significativas:

1. Menores costes y burocracia.
2. Formación en línea.
3. Mayor calidad en la información interna.
4. Equipos de colaboración en el entorno web.
5. Integración más ágil de los profesionales en la empresa.
6. Soporte para la gestión.
7. Comercio electrónico interno.
8. Fidelización del empleado.

3.2.5 Comercio electrónico C2C

El comercio electrónico C2C (*Customer to Customer / Consumidor - Consumidor*) es el tipo de comercio que se lleva a cabo entre

consumidores y clientes, bien sea mediante el intercambio de correos electrónicos o a través de tecnologías **P2P** (pares a pares).

Una de las estrategias más comunes del comercio C2C para Internet es bien definida por aquel tipo de negocio cuyo objetivo es facilitar la comercialización de productos y/o servicios entre particulares. Ejemplos muy conocidos son “E-bay” y/o “Mercadolibre.com”.

3.2.6 Comercio electrónico C2G

El comercio electrónico C2G (*Citizen to Government* / Ciudadano-Gobierno) relaciona a los consumidores con el Gobierno, facilitando el intercambio telemático de transacciones entre los ciudadanos y las administraciones públicas.

Algunos de los servicios más habituales son:

1. Información.
2. Participación del ciudadano.
3. Suscripción para la notificación Informática.
4. Pago de tasas e impuestos.
5. Sugerencias y reclamaciones.
6. Entrada y/o salida a través de registro.
7. Diversos servicios, como empleo, sanidad o educación.

3.2.7 Comercio electrónico B2G

El comercio electrónico B2G (*Business to Government/ Negocio – Gobierno*) busca una mejor optimización de los procesos de negociación entre empresas y el gobierno. Su aplicación se destina a los sitios o portales especializados en la administración pública. En ellos las instituciones oficiales tienen la posibilidad de contactar con sus proveedores, pudiendo estos agrupar ofertas o servicios...”⁶

⁶ “Clases de comercio electrónico: B2B, B2C, B2A, B2E, C2C, C2G, B2G |

Suite101.net <http://suite101.net/article/clases-de-comercio-electronico-b2b-b2c-b2a-b2e-c2c-c2g-b2g-a26589#ixzz1yZUcN5K2> - Joan Montane Lozoya.[FC: 15/06/2012]”

3.3 LA FIDELIZACIÓN. [Implicancias en los usuarios]

Los estudios sobre fidelidad de clientes se remontan a los años veinte del Siglo XX, "...con el trabajo pionero de Copeland (1923). Desde ese momento muchos han sido los autores e investigadores que se han sumado al análisis del citado fenómeno...

...La fidelidad de clientes presenta varias facetas susceptibles de investigación, la más estudiada ha sido, sin lugar a dudas, aquella que pretende definir el perfil del consumidor fiel (valgan como ejemplo los trabajos de Carman en 1970 o Dash et al en 1976)...

...Por otro lado, también ha sido analizado el fenómeno de fidelidad a la marca en trabajos como el de Monroe y Gultinan en 1975. Pero, en medio de todo este elenco de investigaciones, evidenciamos la investigación sobre fidelidad al establecimiento, y ello no porque el tema no tenga la suficiente relevancia, máxime si se tiene en cuenta el cambio que se está produciendo en los esquemas de dominio fabricante-distribuidor. En definitiva, si se considera por un lado el trasvase de poder del fabricante al distribuidor y, por otro, la mayor rentabilidad de los establecimientos con una clientela fiel respecto del resto, se puede deducir la gran importancia de la fidelidad para las empresas de distribución..."⁷

El presente trabajo se plantea estudiar además, las implicancias hacia el usuario, y el fenómeno de la fidelidad del cliente al punto de venta,

⁷http://www.jcyl.es/jcyl/cee/dgeae/congresos_ecoreg/CERCL/1021.PDF [FC: 18/0672012]

desde el objetivo del establecimiento que decide lanzar al mercado el aludido plan de fidelización.

3.3.1 LAS ESTRATEGIAS DE FIDELIZACIÓN DE CLIENTES.

Tras una fase en la que las empresas tenían como objetivo fundamental el desarrollo de productos nuevos, diferentes de aquellos que ofertaba su competencia, se pasa a una etapa en la que se cambia la orientación de productos a la de clientes. Ello es consecuencia de que la intensificación competitiva hace que las innovaciones sean copiadas e incluso mejoradas en cuestión de horas. Se pasa, por tanto, a una fase en la que la preocupación fundamental es la comprensión y conocimiento de la clientela. El tramo final de esta evolución se completa con la aparición de los programas de fidelización que tiene como objeto consolidar y rentabilizar la cuota de mercado de la empresa. Es fundamental para la empresa comprender que es menos costoso mantener y conservar una clientela fiel que pretender captar clientes nuevos. En consecuencia, se deduce que aquella empresa que posee un conjunto de clientes leales, dispone de un activo de incalculable valor o, dicho en otras palabras, de una importante ventaja competitiva. La fidelización de clientes tiene, por tanto, una gran relevancia como objetivo empresarial, no en vano el grado de lealtad es un indicador frecuentemente usado para la medición del éxito de las estrategias de marketing.

Ahora bien, la consecución de lealtad, no pasa únicamente por ofrecer un buen producto, mejor que el de la competencia. La fidelización no es sólo ofrecer un producto adaptado a cada segmento de clientes, sino que tiene por objeto conseguir establecer una relación de los clientes con la empresa a través de la cual se aporte un valor añadido al cliente y, por supuesto, que el citado valor sea percibido por éste.

Fidelidad al punto de venta significa, por tanto, que el establecimiento sugiera un conjunto de valores que consigan que el comprador actual o potencial elija a la empresa, en la mayoría de ocasiones y que sienta la suficiente confianza en el establecimiento para recomendarlo.

Se observa pues, en la estrategia de fidelización, la presencia de dos componentes: la gestión del valor del cliente y el marketing de relaciones.

En relación al primer elemento, el mismo tiene por objeto incrementar el valor que tiene para el cliente la compra realizada, lo cual ha de contribuir a su satisfacción y al aumento de la competitividad del establecimiento. Es muy importante entender el valor desde las percepciones del cliente y olvidar el valor creado por el establecimiento.”...Según afirma Sainz de Vicuña en 1998, el cliente determina el valor de un producto en función de tres dimensiones claves: el valor de compra, el valor de uso y el valor final. Estos tres elementos son usados por el consumidor como criterio fundamental para optar por la adquisición o no en un determinado establecimiento; lo importante es, por tanto, generar una mayor percepción de valor en esas tres dimensiones...

...En el análisis del valor del cliente también intervienen las expectativas del comprador, de modo que si el valor percibido es superior que las expectativas, el cliente obtendrá satisfacción; mientras que si se percibe un valor inferior al esperado la satisfacción será baja y el cliente no repetirá la compra...

...El segundo elemento clave de una estrategia de fidelización hace referencia a la implantación de comercialización de relaciones con los clientes. Este planteamiento propone el establecimiento de relaciones duraderas y estables con los grupos con los que la empresa interactúa, en este caso particular con los clientes. Ello se consigue mediante el intercambio mutuo de valores y el mantenimiento de las promesas realizadas, según establece Gronroos en 1989...”⁸

La adopción de un enfoque de comercialización de relaciones no está exenta de la realización de importantes inversiones, aparte de las acciones concretas encaminadas a retener a los clientes. Entre las primeras, cabe mencionar, las modernas tecnologías de la información y las bases de datos relacionales, que pueden servir de gran ayuda para el logro de los objetivos propuestos. Al mismo tiempo, la mencionada perspectiva propugna que la satisfacción del cliente sea responsabilidad de todos los miembros de la empresa, requisito que pasa por la coordinación de las actividades de los distintos departamentos.

La relación personal y continua entre el detallista y el consumidor constituye una fuente de ventaja competitiva por contribuir a mejorar el conocimiento de aquellos lo cual, entre otros aspectos, se traduce en permitir a la empresa reaccionar a tiempo ante los cambios en las preferencias de los consumidores. Por esta razón la adopción de tal enfoque puede servir de barrera de entrada a los competidores potenciales.

⁸http://www.jcyl.es/jcyl/cee/dgeae/congresos_ecoreg/CERCL/1021.PDF [FC:18/06/2012]

“...Además de las razones técnicas apuntadas hay otras de mercado que explican la tendencia actual hacia una comercialización de relaciones. Una situación competitiva en la que es posible elegir entre muchas opciones propicia un reforzamiento de las exigencias de los consumidores, los cuales demandan un servicio más adaptado a sus necesidades y más personalizado (Barlow, 1992). En el contexto competitivo descrito, es difícil conseguir la lealtad de los clientes, no basta con la calidad del producto ofrecido. La solución pasa por desarrollar un marketing que integre al cliente en la empresa, el objeto de crear una relación permanente entre ambos y que sirva de referencia para la captación de nuevos clientes (Harris, 1993). Pues bien, a medida que las empresas se mueven desde un marketing de transacción hacia un marketing orientado a la relación, deben desarrollar programas que contribuyan a que sus clientes sean más leales. El reto consiste en desarrollar relaciones especiales con los clientes de modo que ambas partes experimenten una buena comunicación mutua y se sientan receptores de privilegios especiales. Para ello se desarrollan los programas de fidelización que pueden adoptar fórmulas muy diversas como tarjetas, puntos o descuentos, ofertas especiales, catálogos o mailings, etc. Los programas pueden ser de carácter individual o fórmulas de patrocinadores directos que agrupan a varias empresas que conjuntamente adoptan un plan al objeto de beneficiarse unas de otras...

...El éxito de un programa de fidelización depende de varios factores. En primer lugar de lo bien diseñado que esté el programa y de lo bien que se adapte a la clientela, así como a los objetivos perseguidos con él. Además tienen gran influencia las acciones que paralelamente al plan lleva a cabo la cadena. Otro factor de influencia es el grado de saturación de programas de este tipo que existan en ese momento. Debemos hacer notar que en países con más experiencia en programas de este tipo, como Estados Unidos de América o el Reino

Unido, los efectos tienden a anularse entre si cuando los consumidores participan en más de un programa de fidelidad. El cuarto y último factor destacable en el éxito de los mencionados planes es la utilidad que la cadena sepa obtener de la gestión de la valiosa información sobre hábitos de compra de su clientela que se obtiene a través de programas de fidelización..”⁹

“La fidelización se entiende cómo una acción dirigida a conseguir que los clientes mantengan relaciones estables y continuadas con la empresa a lo largo del tiempo.

El fin es crear con el cliente un sentimiento positivo hacia el negocio, que sea lo que motive ese impulso de adhesión continuada.

La fidelización se puede entender de dos maneras:

1. Que el cliente siga comprando a lo largo del tiempo.
2. Aumentar su volumen de compra.

⁹ GARCÍA GÓMEZ B. y MUÑOZ SÁNCHEZ y M^a D. “LAS ESTRATEGIAS DE FIDELIZACIÓN DE CLIENTES: EL CASO DE LAS GRANDES SUPERFICIES DE VENTA AL DETALLE”

Departamento de Economía y Administración de Empresas. Universidad de Valladolid. 2010.

Según el grado de satisfacción de la clientela, se pueden distinguir tres grupos de clientes:

1. El cliente insatisfecho: muy vulnerable y fácil de captar por la competencia.
2. El cliente satisfecho por inercia: el que no se cuestionó el servicio y es vulnerable si la competencia lo acecha.
3. El cliente satisfecho: baja vulnerabilidad.

Debe señalarse que cualquier acción de fidelización tiene que ser dirigida a los clientes satisfechos". 10

1. Mejora continua. Los clientes fidelizados conocen bien el negocio y poseerán un mayor nivel de confianza por lo que estarán en mejores condiciones para aportar sugerencias y mejoras al negocio.
2. Mayor conocimiento de los clientes por parte de la empresa. Cuanto más se relaciona la empresa con un cliente más y mejor se le conoce y por lo tanto se podrá adaptar mejor a sus necesidades o preferencias, creando un bucle de mejora.

10 Atraer y fidelizar clientes, cuadernos prácticos gestión empresarial. promove consultoria e formación slne.Santiago de Compostela, CEEI GALICIA, S.A. 2012

3. Rentabilidad para la empresa. Es más económico fidelizar un cliente que captar otro nuevo. Estos clientes además son menos sensibles a las subidas de precios porque valoran el servicio que se les presta y por lo tanto estarán dispuestos a pagar más.
4. Aumento de ventas: Resulta más fácil vender un nuevo producto a un cliente actual que a un cliente nuevo que no conoce el negocio. Además los clientes fieles es más probable que demanden nuevos productos o servicios de la empresa.

3.3.1.2 Cómo fidelizar clientes

Entre los aspectos que inciden de forma decisiva para que una empresa consiga mantener una cartera de clientes fieles, están los siguientes:

*Calidad y seriedad en la relación: Únicamente se podrá fidelizar clientes si el producto o servicio que se está ofreciendo se corresponde con la calidad esperada.

*Orientación al cliente: Tanto el responsable del negocio como los empleados deben estar disponibles para responder las posibles dudas y problemas que tengan los clientes.

*Inspirar confianza: Demostrando un alto conocimiento de los productos o servicios que se están vendiendo, mostrando respeto y consideración por los clientes, comunicándose de una forma efectiva

con ellos y asegurándose siempre que su duda fue resuelta.

*Tratar los clientes como individuos: Mostrar siempre que los empleados se preocupan de la satisfacción del cliente, actuar espontáneamente con los consumidores si detectan que tienen algún problema y por último tratar de establecer una relación personal con ellos.

*Facilitar los procesos de compra: Tratar de observar el negocio desde el punto de vista de los clientes para identificar las principales dificultades que tienen a la hora de adquirir el producto o servicio y de este modo, poder mejorar su prestación.

*Ofrecer una buena impresión: Es crucial asegurarse de que todo lo que ve el cliente está en consonancia con la imagen que se desea proyectar del negocio. Se deben cuidar aspectos como la imagen de los empleados, la decoración, el ambiente del local y cualquier documento de la empresa que pueda llegar a las manos del cliente tales como facturas o folletos de información.

*Mantener el contacto con los clientes ya existentes: En la medida de lo posible, intentar adelantarse a sus nuevas necesidades y ser el primero en hablarles de nuevos productos y servicios. Para ello debe emplearse el denominado marketing relacional, éste requiere de tres acciones imprescindibles.

1. Manejo de datos: almacenamiento, organización y análisis de todos los datos que se puedan obtener de los clientes. Una vez recopilados y organizados hay que hacer un análisis de estos datos para poder tomar las medidas más acertadas.

2. Implantación de programas: una vez identificados los clientes, sus necesidades y deseos, se desarrollan estrategias para lograr la lealtad de estos clientes.

3. Retroalimentación: se realizan los primeros contactos con los clientes y se hace un seguimiento de las preferencias y los comportamientos de los clientes con lo cual se llega a una relación de largo plazo.

3.3.1.3 Sistemas de fidelización

Los programas y promociones orientados a la fidelización que se podrán utilizar deben de adaptarse al perfil de consumidor tipo de la empresa.

3.3.1.4 Programas de fidelización

Estos programas establecen un vínculo comunicativo entre los clientes y el negocio.

Los programas de fidelización más habituales son:

1. Tarjetas de fidelización: Se trata de premiar el consumo con premios, con la estrategia “si consumes mis servicios o compras mis productos, te hago regalos”. Este tipo de tarjetas ofrecen a los titulares una serie de ventajas adicionales como descuentos, puntos canjeables por regalos e incluso la devolución de un tanto por ciento de sus compras.
2. Cupones descuento: Donde el usuario puede recortar un cupón y obtendrá una rebaja en el precio de algún producto o servicio del establecimiento.
3. Regalos. El cliente recibe un regalo, vinculado o no a la actividad de la empresa, éste es ofrecido bien en agradecimiento a la compra o uso de un producto o servicio del establecimiento.
4. Puntos por compra: Permiten obtener una serie de beneficios en tiempo real.

1. Promociones orientadas a la fidelización

5. Tienen por objetivo la repetición de la compra, entre las que se pueden destacar:
6. Promociones periódicas: Promociones organizadas cada cierto tiempo, semanales, quincenales, mensuales, etc. Por ejemplo hay multitud de establecimientos que tienen el “día del

estudiante” ofertando precios y descuentos especiales para ellos.

7. Promociones por importe mínimo: Promociones cuyo premio (descuento, regalo, puntos, etc.) se establece a partir de la compra de un importe mínimo.
8. Captación mediante prescriptores: Se trata de captar nueva clientela mediante la prescripción de la actual con promociones.

3.3.1.6 Programas de fidelización en Internet

La fidelización en línea consiste simplemente en realizar programas de fidelización vía Internet, a través de la página Web de la empresa. En este sentido el nuevo entorno 2.0 en el que la comunicación y escuchar a los clientes ha ganado una importancia fundamental, las páginas de las redes sociales, con opciones de comentar, las webs en facebook o la cuenta de Twitter pueden facilitar este proceso.

Las ventajas de la fidelización online:

1. Resultados inmediatos.

2. Incremento del compromiso.
3. Ahorro en costos. (económicos pero no de tiempo)
4. Acciones más centradas en público interesado

3.3.2 La gestión de la fidelización

La fidelización requiere del uso de una base de datos y un sistema de comunicación que permitan identificar a los clientes y segmentarlos en función del valor y del tipo de productos que adquieren, así como identificar a los clientes poco rentables.

Las utilidades de la base de datos son fundamentales para la gestión de la fidelización ya que permiten:

1. Conocer los clientes y potenciales usuarios
2. Relacionarse adecuadamente con cada segmento
3. Comunicación más eficaz y personalizada
4. Proporcionar al cliente lo que desea en todos los puntos

5. Convertir los datos en conocimiento a través del uso de las nuevas tecnologías
6. Innovación
7. Calidad para el usuario, reducción de los tiempos de espera, atención personalizada, especialización, mejora en el servicio, programas de fidelización, anticipo a escenarios futuros.¹¹

¹¹ Atraer y fidelizar clientes, cuadernos prácticos gestión empresarial. promove consultoria e formación slne.Santiago de Compostela, CEEI GALICIA, S.A. 2012

3.4 TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA SALUD

El potencial de la salud electrónica se define en función de los desafíos que enfrenta el sector salud en la región, que configuran un escenario en el cual las Tecnologías de la información y comunicación (TIC) ofrecen herramientas altamente beneficiosas en comparación con la provisión tradicional de los servicios de salud. En muchos casos, parece ser la forma más equitativa, efectiva y eficiente dado su potencial para incrementar el acceso, la oportunidad de la atención, la generación de alertas, el ahorro de costos y la mayor efectividad de diagnósticos y tratamientos. Estos desafíos están expresados sobre todo por inequidades en términos de acceso y calidad de la atención de salud, transformaciones demográficas y epidemiológicas de la población, así como presiones sobre los sistemas de salud en cuanto a la disponibilidad de recursos (profesionales, infraestructura, insumos, etc.) y de sostenibilidad del gasto público (Álvarez, 2002)¹². Se estima que entre 20% y 25% de la población (cerca de 200 millones) carece de acceso regular y oportuno a los sistemas de salud (Organización panamericana de la salud, OPS 2007).

Además, las estimaciones y proyecciones de envejecimiento indican que hacia el año 2025 en América Latina y el Caribe, la población mayor a 65 años superará el 10% (Prospectos Poblacionales mundiales y Comisión económica para América latina y el caribe, portal estadístico CEPALSTAT, 2010). Existen al menos tres maneras

¹² Álvarez, Richard (2002), The promise of e-Health –a Canadian perspective. E-health International, 1:4, Canadá. Canadian Institute for Health Information

de abordar el concepto de acceso: utilización, cobertura de seguros de salud o seguridad social y la probabilidad de recibir un servicio de salud efectivo y apropiado en caso de ser necesario (Savedoff, 2009)¹³. Las dos primeras tienen limitaciones en tanto no se refieren a la capacidad real de la población de acceder a los servicios de salud.

Por ejemplo, desde un enfoque de la utilización, poblaciones más sanas que usen menos los servicios de salud aparecerían con menos acceso en comparación con poblaciones que acudan con mayor frecuencia a consultas médicas o requieran hospitalizaciones. En cuanto a la perspectiva de cobertura de seguros, la limitación está dada al no considerar elementos como la disponibilidad de recursos médicos (camas, médicos, enfermeras) o la oferta de servicios de salud, sean éstos públicos o privados siendo una concepción de acceso más bien nominal que real, en tanto no se garantiza que los sistemas de salud sean capaces de atender a toda la población asegurada.

El tercer enfoque, denominado “cobertura efectiva” (Shengelia y otros, 2005)¹⁴, permite considerar la disponibilidad de recursos en tanto se define como una probabilidad, siendo aplicable tanto para poblaciones que acudan continuamente a los servicios de salud como para aquellas que no lo hacen. De este modo, la tercera perspectiva se define como la fracción de ganancia potencial en salud que el sistema de salud podría aportar con los servicios que actualmente ofrece. Es importante advertir que la construcción del índice de cobertura efectiva también incorpora un aspecto de eficacia y calidad (Lozano y otros,

13 Savedoff, William D. (2009), A moving target: universal access to healthcare services in Latin America and the Caribbean. Washington. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

14 Shengelia, Bakhuti y otros (2005), Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. En *Social Science and Medicine*, 61, 97–109.

2007)15.

Sobre la base de lo anterior, se identifican cuatro factores que condicionan el acceso a los servicios de salud. En primer lugar, la disponibilidad de recursos, en tanto es necesario contar con profesionales de la salud debidamente capacitados, instalaciones, equipamiento y medicamentos para el tratamiento de las enfermedades.

Un segundo factor es la localización de tales recursos en referencia a la proximidad entre éstos y la población demandante. En tercer lugar, el acceso puede estar limitado por los costos que la atención de salud pueda representar para los pacientes y sus familias. Finalmente, en cuarto lugar, la forma de provisión de los servicios de salud puede estar en conflicto con las creencias o normas sociales de la población, inhibiendo la demanda por motivos culturales.

Las TIC pueden resultar de gran utilidad para mejorar la situación de cada uno de esos cuatro factores condicionantes. Estas tecnologías facilitan la formación continuada de los profesionales de salud. También permiten la reducción del número de contactos innecesarios o de escaso valor añadido de los pacientes con el sistema de salud. Además hacen posible la telemedicina. Todo ello mejora el acceso a los servicios de salud.

La historia clínica electrónica (HCE) y la telemedicina influyen positivamente sobre el factor de localización. Los costos se pueden contener mejor gracias a las mejoras en eficiencia de los servicios y

15 Lozano, Rafael y otros (2007), Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva. En: Salud pública de México, Vol.49, S uplemento 1, México.

mejora de la calidad de la atención y seguridad de pacientes, que proporciona tanto la HCE como otros sistemas (imagen, gestión de órdenes médicas y los de ayuda a la decisión médica, entre otros). Las TIC también contribuyen al empoderamiento de los pacientes, permitiendo la atención en situaciones de movilidad y sobre todo, cuando se permite el acceso a la propia información de salud, para que las personas puedan tomar sus decisiones en aquellas situaciones que más les afectan, como son las relacionadas con su salud.

La telemedicina, entendida como “la prestación de servicios de asistencia sanitaria por medio de las TIC en situaciones en que el profesional sanitario y el paciente (o dos profesionales sanitarios) se encuentran en lugares diferentes”, constituye una herramienta de innegable valor para incrementar el acceso, especialmente en relación con los dos primeros factores antes mencionados.

Las TIC permiten incrementar la disponibilidad de recursos médicos mediante optimización de los procesos de atención así como acercar el conocimiento de especialistas escasos a localidades “lejanas” mediante teleconsulta (acceso remoto), tanto en tiempo real como diferido. De este modo es posible reducir la necesidad de traslado de los pacientes, a la vez que reciben una atención más oportuna y se reducen costos tanto para las familias como para el sistema. Esto, en la práctica, es aplicable a todas las especialidades médicas.

Algunas aplicaciones son particularmente beneficiosas para mejorar el acceso. A modo de ejemplo, puede mencionarse el telediagnóstico

mediante sistema de videoconferencia en tiempo real; telemonitorización o televigilancia de parámetros fisiológicos y biométricos de un paciente, como el caso de la telemonitorización fetal de embarazadas de alto riesgo; o teleasistencia en referencia a la provisión de cuidados de salud a pacientes en condiciones de vida diaria, como en el caso de ancianos u otro tipo de pacientes con dificultades de desplazamiento. Del mismo modo, la teleradiología, entendida como la transmisión electrónica de imágenes digitales con fines de interpretación y consulta, facilita el acceso de los pacientes a especialistas concentrados en los grandes centros urbanos, a la vez que permite ofrecer un servicio permanente, disminuir las listas de espera y reducir costos operacionales.

Asimismo, diferentes informes y estudios plantean la capacidad de las TIC para crear sistemas de salud centrados en el ciudadano que respeten sus tradiciones culturales y lingüísticas. Entre otros beneficios, estas tecnologías pueden contribuir significativamente a reducir el número de contactos, por exámenes y derivaciones, que pueden ser un obstáculo para pacientes que no hablan la lengua oficial (Álvarez, 2002)¹⁶

La historia clínica electrónica (HCE), entendida como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial (Carnicero, 2003), se vincula con la dimensión de eficacia en al menos tres aspectos.

¹⁶ Álvarez, Richard (2002), The promise of e-Health –a Canadian perspective. E-health International, 1:4, Canadá. Canadian Institute for Health Information

En primer lugar, contribuye a la formulación de diagnósticos y tratamientos que tomen en cuenta toda la información clínica del paciente. En segundo lugar, posibilita la generación de alertas médicas a partir de un trabajo complementario con la televigilancia y la prescripción de medicamentos que no presenten interacciones indeseables en los pacientes (Wooton y otros, 2009)¹⁷. Por último, aumenta las posibilidades de vigilancia epidemiológica en tanto genera una base de datos de actualización continua.

Las ventajas de la HCE en relación con la historia clínica convencional pueden sintetizarse en tres apartados: acceso simultáneo y remoto; seguridad y confidencialidad de la historia y procesado de los datos para adquirir información y conocimiento. La HCE contribuye a mejorar una serie de elementos tangibles, tales como: orden y uniformidad de los documentos; información legible; información inalterable; información disponible y por lo tanto acceso a esa información; garantía de confidencialidad y facilidad para disociar la información clínica de los datos de filiación de los pacientes, lo que permite el procesado de la información y gestión del conocimiento, respetando la intimidad de las personas (Carnicero, 2003 y 2004)¹⁸.

Por otra parte, en un contexto de creciente envejecimiento de la población y el consiguiente aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, la televigilancia puede ser más eficaz para el control de dichas dolencias que la prestación tradicional de los

¹⁷ Wooton, Richard y otros (2009), Telehealth in the developing world, Canadá. International Development Research Centre.

¹⁸ Carnicero, Javier (2010), Experiencia española en sanidad electrónica.

servicios de salud. Por esa vía es posible detectar síntomas y parámetros de salud anormales antes de que tenga lugar la consulta programada o de urgencia, facilitando la adopción de medidas correctivas previas al surgimiento de complicaciones más graves. Por ejemplo, un seguimiento más estrecho de pacientes con insuficiencia cardíaca facilita la intervención precoz. Igualmente, permite reducir la frecuencia de visitas a los centros sanitarios, mejorando la calidad de vida del paciente, al tiempo que una rápida modificación del tratamiento, basada en datos de televigilancia, puede estabilizar al paciente, evitando o abreviando las estadías en el hospital, con evidentes beneficios tanto para él y su familia como para el sistema de salud.

El empleo de TIC en educación facilita la capacitación de los profesionales de la salud, lo que tiene especial relevancia cuando éstos se encuentran desempeñando funciones en lugares aislados, pero también para agilizar el intercambio de conocimiento entre centros de estudio. A su vez, una oferta de actualización continua¹⁹ a distancia favorece la instalación y permanencia de profesionales en dichos lugares.

Además de las contribuciones a las mejoras de eficiencia ya señaladas, gracias a la interacción con otras dimensiones, se aprecian importantes beneficios en el ámbito de la gestión de la información de salud vinculada a algunas aplicaciones de telemedicina, a la HCE y a los diferentes tipos de sistemas de información de salud. En un contexto de creciente volumen de datos y de complejidad, tanto de la información como de conocimientos relacionados con salud, incrementar la capacidad de almacenamiento, agregación y análisis para integrar información administrativa, clínica y de salud se

¹⁹ Una iniciativa interesante es el Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003)

constituye, hoy por hoy, en un componente fundamental para la toma de decisiones en cualquier organización sanitaria.

Mención especial cabe realizar respecto del potencial de las TIC para la creación de espacios comunes de salud que favorezcan la movilidad de los ciudadanos, permitiéndoles hacer uso de los servicios y sistemas de salud independientemente de su lugar de origen. Esto no sólo tiene aplicaciones en el plano internacional sino también al interior de cada país e, incluso, entre diferentes servicios de salud de una misma ciudad. En este ámbito de potencialidades es clave la adopción de estándares para la interoperabilidad.

3.4.1 Tendencias demográficas y epidemiológicas

Los países de América Latina y el Caribe se encuentran en distintas etapas de transición demográfica y por tanto los desafíos asociados a ésta son diferentes para cada uno de ellos. El concepto de transición demográfica se define como un proceso evolutivo caracterizado por un descenso importante de la natalidad y mortalidad, normalmente desfasados temporalmente, determinando el crecimiento en las poblaciones humanas (CEPAL, 2006)²⁰.

Revisiones metodológicas posteriores (CEPAL, 2008)²¹ precisan los criterios de clasificación utilizando como indicadores la Tasa Global de

²⁰ CEPAL Comisión económica para américa latina y el caribe

²¹ CEPAL Comisión económica para américa latina y el caribe.

Fecundidad (TGF), la Esperanza de Vida (Eo) y la Tasa de Crecimiento Natural (TCN).

El envejecimiento de la población es una de las expresiones más importantes de la transición demográfica, reduciéndose la proporción de niños y jóvenes con un incremento relativo del peso de los adultos mayores.

En el gráfico puede observarse cómo han evolucionado y se estima seguirán haciéndolo los tres grupos etarios aquí considerados, destacándose que hacia 2040 habrá igual porcentaje de niños menores de 15 años como mayores de 65 años de edad.

Como era de esperarse, esta tendencia al envejecimiento ocurre de manera diferente entre los países y, expresado en términos de números absolutos, define escenarios que anticipan importantes cambios en la estructura de la demanda de atención de salud.

Es interesante destacar que dentro de los próximos 30 años, los menores de 15 años disminuirán hasta en un tercio, en tanto los mayores de 65 años se incrementarán incluso más de tres veces.

La transición epidemiológica se desarrolla en estrecha relación con la transición demográfica. La primera se expresa fundamentalmente en cambios de los perfiles de morbilidad y mortalidad según sus causas, así como en la distribución de las defunciones según la edad. Este proceso se caracteriza por la disminución porcentual de las muertes por enfermedades transmisibles y las del período perinatal, dando lugar al predominio relativo de las defunciones por enfermedades

crónicas y degenerativas, así como las provocadas por causas externas. En ello inciden tanto la mayor baja de la mortalidad por el primer grupo de causas, que afecta principalmente a los niños, como el cambio en la estructura por edades de la población que conduce a un aumento de las defunciones de adultos mayores (Chackiel, 2004)²².

A pesar de sus limitaciones, problemas empíricos (la baja inesperada de los niveles de mortalidad de algunas enfermedades degenerativas se acompañó de un aumento de la morbimortalidad de ciertas enfermedades infecciosas y del rebrote de otras como la tuberculosis) y otros aspectos discutibles, la teoría de la transición epidemiológica sigue siendo empleada como esquema conceptual para la identificación de los cambios en los patrones de mortalidad por causas (CEPAL, 2010)²³.

3.4.1.1 Tendencias en la distribución espacial de la población

Para formular políticas públicas de salud y sus estrategias de TIC complementarias es necesario tener en consideración las barreras de acceso que están determinadas geográficamente, y cómo éstas inciden en las inequidades a las que se encuentran expuestos los sectores más vulnerables.

²²Chackiel, Juan (2004), La dinámica demográfica en América Latina, serie Población y desarrollo, N 52

(LC/L.2127-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina (CEPAL), mayo.

Publicación de las Naciones Unidas.

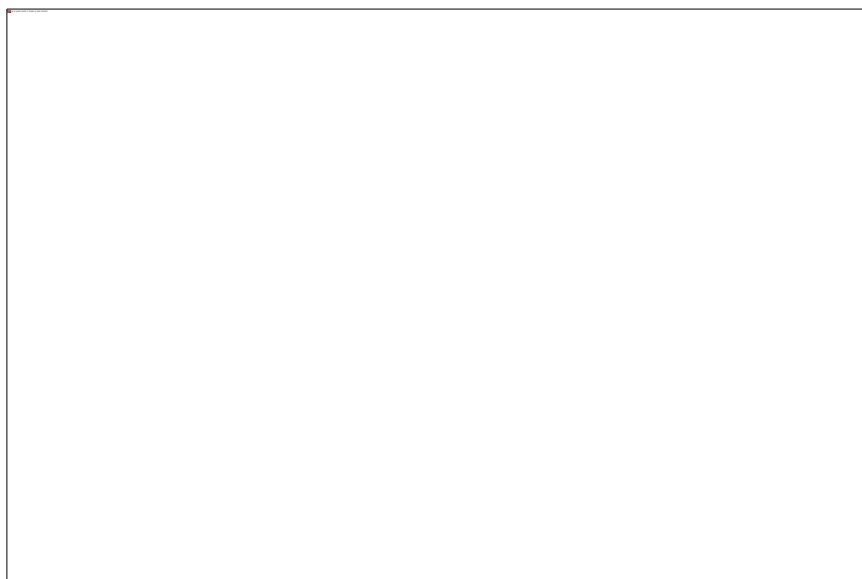
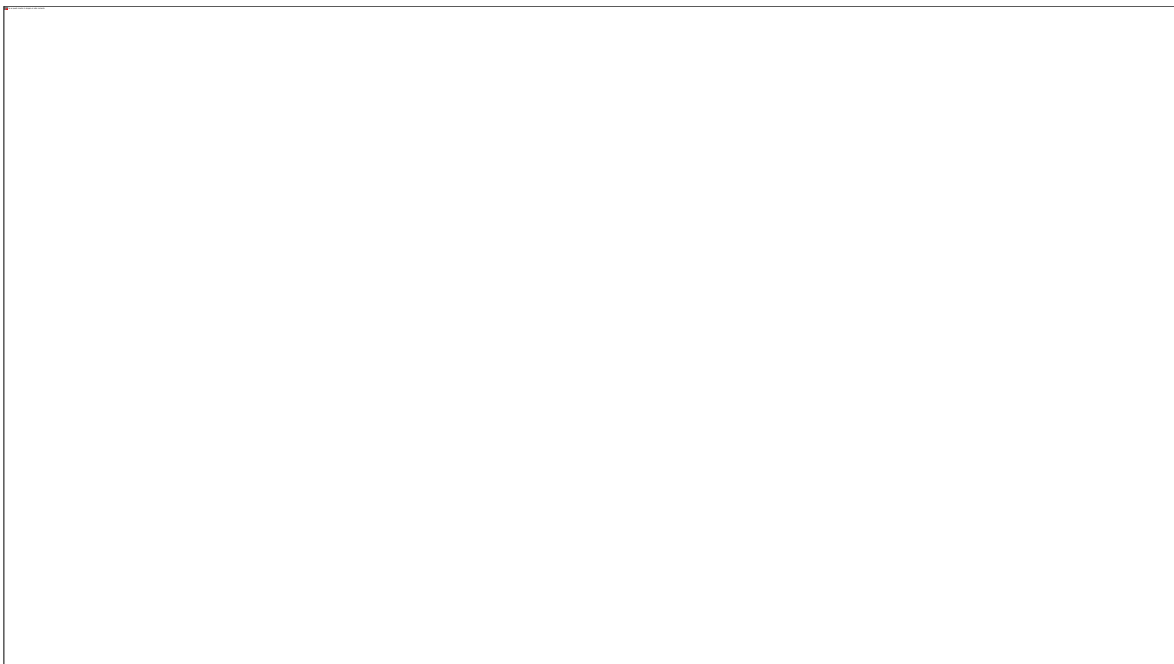
²³ CEPAL Comisión económica para américa latina y el caribe.

América Latina y el Caribe es una región altamente urbanizada con casi el 80% de su población habitando en las ciudades. Su población urbana se ha incrementado casi siete veces en los últimos 60 años alcanzando a la fecha algo más de 470 millones. En la actualidad, el ritmo de crecimiento ha bajado, no obstante aún se mantiene relativamente alto (1.51% para el quinquenio 2010-2015).

Algunos países alcanzan una urbanización cercana al 90% (República Bolivariana de Venezuela, Argentina, Uruguay, Chile y Puerto Rico), mientras otros países presentan cifras inferiores al 60% (Haití, Honduras, Guatemala, Nicaragua, Jamaica y Trinidad y Tabago).

La población rural, por su parte, se encuentra estancada desde hace un par de décadas, con un tamaño del orden de 125 millones de personas (CEPAL, 2004)²⁴. Esta cifra no deja de ser considerable, ya que si bien la tendencia de la región es hacia la urbanización, en la actualidad uno de cada cinco habitantes reside en zonas rurales y, como puede verse en el gráfico siguiente, hacia 2030 será uno de cada seis.

²⁴ CEPAL Comisión económica para América Latina y el Caribe.



Una de las particularidades del proceso de urbanización de la región es que los sistemas de ciudades se estructuran, en la mayoría de los países, en torno a urbes de gran tamaño; de hecho, una de cada tres personas de la región reside en una ciudad de un millón o más de habitantes (CEPAL, 2004)²⁵.

Además, los sistemas de ciudades tienden a ser primados ya que en la mayoría de los países de la región la ciudad principal alberga a más de un cuarto de la población nacional, a más de un tercio de la población urbana y detenta un peso económico, sociocultural y político sobresaliente (Cuervo y González, 1997)²⁶.

3.4.2 Avances en la incorporación de TIC

3.4.2.1 Las TIC en políticas y programas de salud

En el Área de libre comercio (ALC), la incorporación de las TIC en salud ha tenido un relativo rezago respecto de lo sucedido en otros sectores como educación y gobierno. Sin embargo, a partir de mediados de la década de 2000 se observa una explosión de

²⁵ CEPAL Comisión económica para América Latina y el Caribe.

²⁶ Cuervo, Luis y Josefina González (1997), *Industria y ciudades en la era de la mundialización. Un enfoque socioespacial*, Bogotá, D.C., Tercer Mundo Editores.

iniciativas, públicas y privadas, tanto nuevas como perfeccionamientos o mejoras de algunas ya existentes.

Hoy es posible encontrar una gran variedad de proyectos en ejecución destinados, entre otros objetivos, a proveer atención de salud para sitios remotos, conectar centros de atención primaria a especialistas en centros de mayor complejidad, obtener información epidemiológica más oportuna, capacitar a personal de salud en sitios alejados y mejorar los sistemas de gestión. Sin embargo, muchos de estos proyectos son de alcance reducido, no sostenibles y no integrados con políticas de salud ni con estrategias nacionales de TIC.

En contraste, durante la última década, en países de la Unión Europea, así como en Australia, Canadá y Estados Unidos, se observa que la consideración de TIC en salud ha sido una prioridad política y, en consecuencia, se han incorporado de manera progresiva al sistema de salud.

En los países de Europa, los proyectos TIC en salud tienden a tener continuidad en el tiempo, vincularse a estrategias de mayor escala, tanto del sector de salud como del sector de tecnologías y comunicaciones, y tener avances ordenados por etapas. En grandes fases, primero se aborda el desarrollo de la infraestructura que permite la conexión, luego se trabaja sobre la gestión y adopción de estándares para la interoperabilidad y, por último, se desarrollan proyectos que admiten la evolución de las tecnologías de la información y las comunicaciones en el ámbito de la salud.

Buenos ejemplos del avance por etapas, teniendo como punto inicial la generación de infraestructura y servicios para el trabajo en red, se

observan en Inglaterra, Alemania y España. Uno de los más antiguos programas nacionales TIC del sector público de salud en el mundo se desarrolló en 2002 en Inglaterra y tuvo como horizonte de tiempo el año 2010. El Programa se propuso brindar conexión —dotar de infraestructura y sistemas— al Plan Nacional de Salud (NHS) a través de las tecnologías de la información y comunicación para permitir a los pacientes hacer elecciones informadas, así como incrementar la eficiencia y efectividad clínica y de gestión, entre otros. También, asumió el objetivo de garantizar una red de infraestructura de banda ancha segura para conectar todas las entidades del NHS.

En el caso de Alemania, la estrategia de salud electrónica del Ministerio Federal de Salud y Seguridad Social, que data de 2005, estableció como ámbitos primordiales de intervención, el establecimiento de una infraestructura básica TIC y la implementación del registro privado electrónico de pacientes (Stroetmann, 2007)²⁷.

Las TIC irrumpieron en el Sistema Nacional de Salud de España desde inicios de los noventa. Al principio, en aplicaciones clínico-administrativas y desde mediados de ese decenio en la actividad clínica. En 2006, España aprobó la Ley de Cohesión y Calidad que establece el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud en el cual se incluye la estrategia de sanidad electrónica. De esta forma la estrategia de TIC en salud forma parte de la estrategia de calidad del Sistema Nacional de Salud. Esto ha permitido, entre otros avances, establecer una red interna sanitaria segura y certificada para el intercambio de información clínica entre las 17 comunidades autónomas (CA). Las CA de Baleares y Valencia están probando el acceso. Con esto, la primera fase de la interoperabilidad está lograda

²⁷ Stroetmann Karl A. (2007), eHealth strategy and implementation activities in Germany: Report in the framework of the eHealth ERA project, empirica: 30 June.

(Carnicero, 2010 y Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)²⁸.

Las aplicaciones TIC en salud son materia nueva para la política pública de los países de ALC. En el ámbito de definición de políticas y estrategias, aunque de forma incipiente, destacan algunas iniciativas. A modo de ejemplo, cabe mencionar la situación actual de Argentina, Colombia, México y Uruguay. En Argentina (2009) se destaca la importancia de la coordinación interinstitucional en las diferentes escalas territoriales de gobierno, así como la vinculación de las políticas de Salud electrónica con políticas y estrategias generales de TIC. En Colombia (2008) se formula un marco claro para el fomento y fortalecimiento de la Salud-e.

Sin embargo, en ALC, por lo general, la situación a nivel de gobierno contrasta con la experiencia en el ámbito universitario y en el sector privado, donde se observan los mayores esfuerzos por explorar las ventajas del uso de TIC en salud.

En el nivel universitario, en Ecuador, país en el cual las TIC en salud están ausentes de las políticas públicas, estos últimos años se han desarrollado varios proyectos principalmente enfocados a cubrir necesidades de las regiones rurales y marginales, apoyados principalmente por fondos internacionales de cooperación (Mijares, 2010).

En Colombia, la progresiva incorporación de la telemedicina ha dado lugar al nacimiento y consolidación de programas de TIC en las

²⁸ Carnicero, Javier (2010), Experiencia española en sanidad electrónica. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España (2009). Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Balance de actividades y acciones previstas.

grandes universidades del país —Universidad Nacional, Universidad de Antioquia y Universidad de Caldas, entre otras. Éstas, desde hace varios años han venido trabajando en programas de educación, registros clínicos electrónicos y aplicaciones clínicas. Paulatinamente, también van adquiriendo importancia la enseñanza de cuidados a distancia para enfermedades crónicas, así como las herramientas interactivas para el intercambio de información entre diferentes actores (Vélez, 2010)²⁹.

Por su parte, en Panamá la aplicación TIC en salud comienza en 1999 con la creación de un Centro de Documentación e Información Médica (CDIM) en el seno de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá. El Centro aprovechó la instalación, por parte de la empresa privada, de un anillo de fibra óptica en Ciudad de Panamá, lo que permitió la realización de una investigación precursora en el ámbito de la teleneurofisiología. A partir de 2000, la Universidad de Panamá asumió su rol de generación de conocimiento, enseñanza y difusión en la materia. Entre otros, generó convenios con el Arizona Telemedicine Program (ATP) y aportó al diseño del Proyecto Nacional de Telemedicina (Vega, 2010)³⁰.

En los países europeos, así como en Australia, Canadá o Estados Unidos, las políticas TIC en salud están orientadas a optimizar los servicios de atención sanitaria en lo referido a la mejora de la accesibilidad, la calidad del servicio, la reducción de los costos y el perfeccionamiento de la gestión. Adicionalmente, se ha otorgado prioridad a la integración de los sistemas para permitir la atención de salud a pesar de la movilidad de sus habitantes.

²⁹ Vélez, Jorge (2010), Regulaciones, aplicaciones y desafíos para la salud electrónica en Colombia.

³⁰ Vega, Silvio (2010), Programa Nacional de Telemedicina y Telesalud en Panamá

Los Estados europeos buscan que la modernización del sistema de salud esté orientada a apoyar el objetivo estratégico de la integración nacional y europea. En este marco se promueven iniciativas de cooperación internacional. Sólo a modo de ejemplo cabe mencionar un proyecto de cooperación internacional de redes de comunicación llamado Baltic Health Network —que se da en el marco de la Nordic and European Networks— que permite el trabajo conjunto de Dinamarca, Noruega, Suiza, Estonia y Lituania, a través de una red cerrada y segura. Muestra de esta cooperación es la implementación de teleradiología entre Dinamarca y Estonia, país este último en el cual se realizan los informes radiológicos.

Un ejemplo de integración equivalente, pero a escala país, corresponde al Programa Nacional de Teleradiología de Panamá con el objetivo de contrarrestar la alta concentración de radiólogos en la capital. Mediante este programa se han instalado máquinas de rayos X digital en 12 puestos interconectados a través de satélite para envío y lectura de imágenes en la capital por un equipo dedicado de seis radiólogos (Vega, 2010).

En Europa, la convergencia entre países se ve favorecida por la conducción regional. El Parlamento Europeo asume un rol de liderazgo referido a estandarizar el uso de las TIC en salud, así como identificar y difundir buenas prácticas, entre otros. Los objetivos estratégicos definidos por la Unión Europea son adoptados —y adaptados a su propio contexto— por los países para desarrollar las políticas y estrategias TIC a escala nacional. Ésta determina el tipo de diseño y fiabilidad del sistema y condiciona la información disponible, su alcance territorial, los niveles de seguridad de acuerdo con el marco regulatorio, la protección de las inversiones realizadas previamente por las instituciones (heredadas) y la conexión entre los antiguos y

nuevos servicios para la interoperabilidad, lo que supone adoptar estándares abiertos. Una muestra de cooperación entre los estados miembros de la Unión Europea es el proyecto epSOS (European patient smart open services – servicios abiertos e inteligentes para pacientes europeos), en el que participan 12 estados miembros y cuyo objetivo es permitir el acceso seguro, entre sistemas de salud europeos, a la información de salud del paciente, particularmente a una historia clínica resumida básica y a la prescripción electrónica (Abad y otros, 2009)³¹.

En ALC, en cambio, en los distintos órganos de integración – Comunidad Andina (CAN), Comunidad del Caribe (CARICOM), Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), Mercado Común del Sur (MERCOSUR), Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica, Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y Centro de Estudios Latinoamericanos y del Caribe (CELAC), el tema de las TIC en salud no está entre las prioridades. Esta situación ha sido confirmada en una reciente reunión del Sistema Económico y Latinoamericano y del Caribe (SELA) (2010) donde a partir de la constatación de los rezagos en la implementación y desarrollo de estrategias TIC dentro de las políticas públicas en salud, se recomienda promover una agenda digital regional en salud — incluyendo la interoperabilidad— y la cooperación entre los países ALC para la transferencia de experiencias y adquisición de tecnologías.

³¹ Abad, Iciar y otros (2009), Algunas consideraciones sobre seguridad de la información en el proyecto europeo de historia clínica digital (proyecto epSOS). Derecho y salud. Vol 18. Enero-junio: 87-99.

Entre las dificultades para implementar acuerdos referidos a salud en la región, De Los Ríos (2010) destaca “la percepción del rol de la salud en la integración, únicamente como medio para controlar enfermedades y pandemias que afectan el libre tránsito de mercancías y personas; las barreras que imponen regulaciones y normativas nacionales y la ausencia de mecanismos institucionalizados de armonización regulatoria con participación de las instancias competentes de salud pública, a sola excepción del Mercosur con el Sub grupo de trabajo No 11 Mercosur (SGT-11)”.

También constata escasa participación del sector salud en los equipos formados para estudios y análisis de los impactos de inversiones sobre aspectos sociales y ambientales y en las decisiones de recursos de infraestructura de salud. Esto último en el contexto de proyectos de inversión de gran envergadura, como Iniciativa para la integración de la infraestructura regional suramericana (IRSA) y el Proyecto Mesoamérica, destinados a la integración física-territorial, transporte, energía y comunicaciones.

3.4.2.2 Experiencias y aplicaciones: La perspectiva del paciente

La idea central a la base de las aplicaciones de TIC en salud es que las personas deben estar en el centro del diseño de las estrategias. Desde esa óptica, las tecnologías no son sino un instrumento para superar los problemas sanitarios de una población de por si diversa y heterogénea.

La experiencia de los países que muestran un mayor avance en la implementación de políticas de TIC en salud demuestra la relevancia de trabajar en relación con las capacidades y aptitudes de los

ciudadanos y pacientes, además de mejorar la preparación de los profesionales de la salud. Esto último, si bien es necesario, no es suficiente.

Uno de los elementos interesantes para comprender el lugar que ocupa el punto de vista del paciente en la atención de salud hoy en día, que se extiende a las aplicaciones de salud electrónica, dice en relación con la necesidad de mejorar la relación costo-efectividad lo cual ha aumentado el interés en los aspectos subjetivos de la salud y la calidad de vida de los pacientes (Sullivan, 2003)³².

A partir de un diagnóstico realizado en Europa, la European Health Telematics Association (EHTEL) en asociación con el European Patient Forum, una alianza internacional de organizaciones de pacientes y expertos, crea el Patient's Chapter for eHealth. Este es un documento que busca empoderar a los grupos de pacientes e influir en los diversos componentes del sistema de salud electrónica, generando una lista de temas para informar a las autoridades nacionales, políticas públicas y legislación asociada en relación con este ámbito sanitario.

Concretamente, propone usar diversas tecnologías para apoyar los procesos de consulta, aumentar el uso del correo electrónico, acceso abierto al registro médico y apoyo en la comprensión de los contenidos. El paciente debe poder conocer la información contenida en su registro, estar consciente de la forma en que se utiliza y otorgar un consentimiento explícito respecto a su uso, para lo cual debe existir un registro formal y abierto sobre quienes han accedido y/o modificado el registro.

³² Sullivan, Mark (2003), The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. En *Social Science and Medicine*, 56 (7), 1595-1604.

1.Sistemas clínico- administrativos

Las TIC se introdujeron en el sistema sanitario a través de algunos equipos médicos (el mejor ejemplo es el de la tomografía axial computarizada) y de los servicios de gestión. Las direcciones de los hospitales se preocuparon en primer lugar del desarrollo de programas informáticos para los servicios de gestión económico financiera, como la contabilidad o la facturación y la nómina de su personal. Más tarde se desarrollaron aplicaciones para los servicios clínico-administrativos como la gestión de camas, la cita previa de consultas externas o la gestión del archivo de historias clínicas. Todo ello junto con el fichero maestro de pacientes y la gestión del bloque quirúrgico configura lo que vino a denominarse HIS (sistema de información del hospital). A estas aplicaciones siguieron los programas de codificación de los sistemas de clasificación de pacientes. El siguiente paso ha sido el de la informatización de la historia clínica (Carnicero, 2004). En atención primaria se ha seguido un proceso similar. La introducción de las TIC en los sistemas clínico-administrativos puso en evidencia la importancia de la identificación de los pacientes como uno de los requisitos previos a la historia clínica electrónica.

Este proceso puede observarse en muchos países además de España, como en Alemania, donde ha habido un tránsito desde sistemas de administración de pacientes centrados en la optimización económica, de pagos, reembolsos de pacientes, generalmente de origen privado, a nuevos instrumentos que se basan en documentos clínicos e imponen nuevas demandas de conexión al sistema público y privado. Esta situación es análoga a la observada en países de ALC. En Costa Rica la mayor difusión TIC se relaciona con la gestión de los sistemas de salud (Cortés, 2010). En México la aplicación de TIC se

orientó inicialmente a la gestión administrativa, tanto en los servicios estatales nacionales, de los Estados Federales, como en el sector privado y el seguro social (Gertrudis, 2010).

2. Identificación única de personas

El intercambio de información electrónica exige la certeza de la identidad del paciente, del profesional sanitario que produce esa información y del centro sanitario donde se lleva a cabo. Por ello la implementación de identificadores únicos de salud son un requisito previo a la instalación de políticas y aplicaciones de TIC en el sector. Cuando se busca mantener un sistema único o unificado es relevante tener una exclusiva e inequívoca identificación de personas que, entre otras cosas, sea la manera de vincular la HCE a un solo paciente. De hecho, su inexistencia constituye un obstáculo para el uso de registros médicos electrónicos.

Experiencias internacionales confirman, además, la relevancia de este instrumento en el propósito de mejorar la atención de salud. Por ejemplo, tanto en Nueva Zelanda como en EEUU se reconoce que el identificador único ha permitido reducir errores médicos, mejorar la eficiencia del sistema, aumentar la confianza de los pacientes y proteger su identidad.

El uso de una identificación única supone tener los resguardos necesarios para evitar errores de identificación entre personas, impidiendo así equivocaciones en los diagnósticos y medicación que podrían conducir a consecuencias fatales. Es por ello que en algunos países de Europa así como en los Estados Unidos, se ha creado una

tarjeta inteligente que almacena, entre otros, la foto del ciudadano y su historial médico. Además, Backhouse y Dyer (2007) destacan que para el logro de la interoperabilidad de los identificadores de pacientes se requiere de un sano equilibrio entre la necesidad de intercambiar datos y la de prevenir amenazas contra la privacidad y la seguridad.

En España las 17 Comunidades Autónomas han desarrollado procedimientos para garantizar la correcta identificación del paciente como requisito imprescindible para la operación de la HCE. En consecuencia, también se ha creado una base de datos nacional de tarjeta sanitaria vinculada al Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, la cual se nutre de las bases de datos de los 17 servicios de salud (Carnicero, 2010).

Australia, en el marco del desarrollo de la HCE, desde el año 2010 todos sus ciudadanos tienen un identificador individual de atención de salud. En términos estratégicos, inicialmente se centra en ciertos grupos vulnerables, para luego avanzar al conjunto de la población.

3.4.5 Citas médicas remotas

En las citas médicas remotas los pacientes seleccionan y registran las fechas y horas de las consultas con los médicos desde un portal ubicado en Internet. En Europa muchos países la han desarrollado. Por ejemplo, desde el portal danés de *www.sundhed.dk* se provee a pacientes y ciudadanos una manera de obtener información y comunicarse con el sistema de salud.

En España la cita previa masiva ha sido relativamente exitosa en el

ámbito de la atención primaria.

Ésta ha sido apoyada en primer lugar por una central de llamadas y, en los últimos tiempos, a través de Internet (Carnicero, 2010).

En Inglaterra se introdujo en 2004 un servicio electrónico de referencia nacional que permite al paciente elegir lugar, fecha y hora para sus primeras citas con el hospital o clínicas. Cuando el médico considera que un paciente necesita una cita con un especialista, el servicio de salud muestra qué hospitales y clínicas tienen cupos para el tratamiento.

El médico discute con el paciente las opciones clínicas apropiadas, habilitadas, para tratar la dolencia. El paciente, finalmente, elige dónde y cuándo atenderse dentro de los marcos médicos entregados y usa su número de registro único eligiendo dentro de la lista de opciones de hospitales y clínicas. El médico da curso a la solicitud de cita en el sistema mediante una clave.

3.4.6 Historia Clínica Electrónica (HCE)

Por su utilidad en los procesos clínicos y administrativos, sus beneficios de calidad y seguridad y su potencial en la acumulación de información para la investigación en salud, la HCE es una de las principales aplicaciones de TIC aunque, muy probablemente, sea también una de las más complejas de implementar. La HCE supone introducir las TIC en el núcleo de la actividad sanitaria, como es el registro de la relación entre el paciente y los médicos y demás profesionales de salud que le atienden.

El concepto de historia clínica cambia con la informatización. De ser un registro del proceso o procesos de un paciente vinculado a un profesional o a un centro sanitario, pasa a ser un registro de todos los antecedentes de salud de una persona que forma parte de un sistema integrado de información (Carnicero, 2004).

La HCE se viene incorporando desde hace algunos años en los sistemas públicos de salud en varios países desarrollados, constatándose que un área en extremo sensible es la interoperabilidad; es decir, el uso de estándares para compartir la información.

Un ejemplo exitoso ha sido el de Canadá, país que, como ya se indicó, cuenta con una HCE interoperable en todo su territorio. También España exhibe una amplia y exitosa implantación de la HCE con una cobertura cercana al 100% en atención primaria. Sus funcionalidades incluyen la prescripción de medicamentos y pruebas complementarias y la cita previa con el nivel especializado, entre otras. Algunas comunidades han implantado, además, sistemas de receta electrónica. En los hospitales la situación es heterogénea.

Todos los que han sido construidos en los últimos cinco años disponen de un sistema de HCE, por lo que se les llama 'hospitales sin papeles'.

En aquellos más antiguos, la implantación ha sido mucho más difícil dada la complejidad inherente a la gestión del cambio. En lo que va de este proceso se han invertido unos 300 millones de euros, de los

cuales aproximadamente la mitad han sido aportes del Estado y la otra mitad, de las Comunidades Autónomas (Carnicero, 2010). Debe prestarse especial atención al caso español porque el Sistema Nacional de Salud (SNS) es una organización sanitaria en la que las decisiones de gestión de los servicios se encuentran fuertemente descentralizadas en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. La existencia de sistemas diferentes que gestionan la historia clínica electrónica individual en cada una de ellas plantea el reto de la interoperabilidad. El desplazamiento de los ciudadanos por el territorio nacional exige que, cuando éstos requieran asistencia sanitaria en cualquier centro del SNS, la información esencial sobre la salud individual esté accesible para cualquier profesional que deba prestarles atención sanitaria. El Sistema de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud ofrece solución a este reto, ampliando la accesibilidad a la información más allá de los límites geográficos de cada Comunidad Autónoma (Etreros y otros, 2009). Como ya se indicó antes, ese sistema ya está en funcionamiento en dos CA.

En 2004, Francia formuló un proyecto destinado a elaborar una herramienta para un mejor registro de la información de los pacientes, denominado registro personal médico. Sin embargo, por sus objetivos excesivamente ambiciosos, plazos muy cortos, ausencia de estrategias para abordar las resistencias al cambio de parte de los profesionales de la salud, insuficiencia de medios técnicos y administrativos e indefinición presupuestaria, en 2008 aún no lograba alcanzar su fase de implementación (Ministère de la Santé et des Sports, 2008). Por lo mismo, tuvo que ser reformulado y en abril de 2009, se publica el Programa de recuperación del DMP.

En ALC existe importante y valiosa experiencia en esta materia; sin embargo, aún no termina de consolidarse. Al igual que lo que sucede en el resto del mundo, los mayores desafíos para los países de la

región se refieren a temas de legislación, estándares, interoperabilidad y financiamiento.

En México, la Secretaría de Salud comenzó a desarrollar la HCE en 2007. Este plan estuvo programado para llevarse a cabo en seis fases entre 2007-2012 bajo una norma mexicana de interoperabilidad. Asimismo, existen iniciativas locales propias en Chiapas, Yucatán y Nuevo León. En 2008 se inauguró el Sistema de Información de Salud de Belice (BHIS), de acceso nacional con registros médicos informatizados y centralizados.

En la República Bolivariana de Venezuela se desarrolló una historia clínica estandarizada bajo plataformas de software libre. Ésta convive con una serie de iniciativas privadas de registros médicos electrónicos, así como de otras instituciones públicas (Silva, 2010).

Argentina es probablemente el país de la región con mayor trayectoria y reconocimiento internacional en esta materia, destacándose el trabajo del Hospital Italiano de Buenos Aires así como la interconexión de los 33 hospitales que administra el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

3.4.7 Recetas médicas electrónicas

La receta electrónica es una herramienta relativamente nueva que se encuentra en una primera etapa de aplicación en los países desarrollados. Esta aplicación genera un vínculo entre el paciente, el médico que prescribe y las farmacias que dispensan medicamentos. Además, presenta el potencial de favorecer la calidad, costo y

seguridad de la medicación a las personas, así como el control del consumo de fármacos. La receta electrónica es el sistema de información que relaciona al médico con la oficina de farmacia y a ésta con la entidad responsable del pago de la prestación, que suele ser el servicio de salud. La receta electrónica es un ejemplo de cómo la información asistencial referida a una persona se comparte por los distintos agentes implicados en esa atención, que se encuentran en centros sanitarios, e incluso de gestión, distintos (Carnicero, 2009).

En Alemania, la estrategia nacional de TIC en Salud de 2007 identificó como una prioridad la prescripción electrónica y previó que en el futuro ésta sería obligatoria para los ciudadanos. En Inglaterra se asumió en 2009 como un instrumento que permitirá, en un futuro próximo, enviar recetas electrónicas a las farmacias elegidas por los pacientes. En España, el sistema de receta electrónica tiene amplia implantación en algunas comunidades como Andalucía y Baleares, mientras otras comunidades se encuentran en fase de prueba piloto (Carnicero, 2010). En noviembre de 2008, el sistema de receta médica electrónica beneficiaba ya al 93% de la población andaluza (faltaban sólo las pequeñas localidades), disponían de este modelo 670 centros de salud y 3.526 oficinas de farmacia de Andalucía y lo utilizaban un total de 5.282 médicos de familia (Peinado, 2008).

Trinidad y Tobago implementó un sistema para medicación gratuita a sus 40 mil pacientes crónicos. A cada paciente en el programa se le otorga una tarjeta inteligente con la cual accede a la red de 115 farmacias privadas, donde se le dispensa la medicación. En las farmacias se captura la receta y se graba la dosis recetada. Se realiza el chequeo en línea de la cantidad de medicación dispensada en relación con lo autorizado en el período. Luego, una vez cerrada la

transacción, se transmite la información a una base de datos central (NIPDEC-Infotech) donde se realiza el control de stock de las drogas de cada farmacia y a nivel central (Sandor, 2010).

3.4.7 Telemedicina

En Europa, la mayor parte de las aplicaciones de telemedicina aún se consideran en etapa experimental. Las autoridades de salud de Francia señalaban en 2008 que, a pesar que a inicios de la década del 2000 hubo una importante inversión pública en estas materias, hasta ahora no se cuenta con evaluaciones concluyentes sobre las aplicaciones. En muchas de éstas no existen protocolos formales, por ejemplo sobre el modo de transferencia de imágenes; no existen acuerdos claros entre los establecimientos que otorgan servicios de telemedicina y aquellos que los requieren; no hay sistemas de evaluación de la calidad de los servicios, etc. La carencia de institucionalidad hace recaer la responsabilidad de continuidad de los programas en quienes realizan las aplicaciones de telemedicina. Si éstos dejan de promover las prácticas, no hay nada que asegure su continuidad.

En los últimos cinco años, España ha avanzado mucho en imagen médica, en particular en la utilización de RIS (Radiology Information System) y PACS (Picture Archiving and Communications Systems). También están muy extendidos los sistemas de laboratorio de análisis clínicos, principalmente por el interés comercial detrás de ellos. Sin embargo, de acuerdo con Carnicero (2010), los proyectos de telemedicina se encuentran en su mayoría en etapa piloto y no han

logrado extenderse de forma masiva. Existen proyectos de teledermatología en las islas Baleares y Canarias, donde también han desarrollado proyectos de telepatología (anatomía patológica), transferencia de imágenes, teleictus, etc. Otras experiencias son las del trabajo en red de los servicios de diagnóstico por imagen, que se están empezando a extender en algunas comunidades (por ejemplo, Madrid y Cataluña).

Los servicios de telemedicina en Alemania no se han masificado; no obstante, la viabilidad económica y el impacto positivo en la provisión de servicios de salud de algunos de ellos ya han sido probados. En el contexto de fondos de programas de seguros especiales, en 2004 se inició, en algunas regiones del país, la atención integrada a enfermedades crónicas (diabetes y corazón).

Los beneficios asociados a la telemedicina en Europa se encuentran, principalmente, en el tratamiento de enfermedades crónicas y en el trabajo en red de los médicos como, por ejemplo, el sistema de radiología digital de los hospitales de la Comunidad de Madrid en España, que permite la existencia de un único servicio de radiología virtual para varios hospitales. Como contrapunto con la situación europea, en Canadá la distancia geográfica que separa a los ciudadanos de los centros médicos, crea un ambiente ideal para el uso de la telemedicina. En este país, en términos generales, los resultados principales de sus evaluaciones de programas destacan efectos positivos.

Entre éstos se pueden mencionar el mejor e inmediato acceso a especialistas (transferencia oportuna de pacientes), lo que incide en una mejor gestión de camas de hospital; la disminución del tiempo entre envío de imágenes y recepción de informe; la reducción de pérdida de imágenes y archivos de exámenes y un impacto positivo en la disminución de residuos plásticos y contaminantes asociados a laboratorios de imagen.

En Canadá, los programas pilotos han conducido al diseño y ejecución de políticas de largo alcance. Es así que a través del Canada Health Infoway en 2001 se crea un programa de inversión en telemedicina (programa vigente a la fecha) que apoya proyectos de salud en diversas jurisdicciones. La inversión está referida a programas que aumentan y amplían la cobertura de soluciones de telemedicina en comunidades del norte, rurales y remotas, así como a comunidades aborígenes (Naciones Originarias e Inuit) y que proveen soluciones innovadoras de telemedicina (telepatología, teleoftalmología, teleoncología, telecardiología, etc.) y de cuidados domiciliarios a pacientes con enfermedades crónicas.

A pesar del carácter reciente de la telemedicina en el mundo, los países de ALC cuentan con experiencias interesantes en la materia. A modo de ejemplo, en Argentina es posible destacar, entre muchas experiencias las del Hospital Garrahan y el Instituto Oftalmológico Zaldívar. El programa del Hospital Garrahan se encuentra actualmente en una tercera etapa de desarrollo. El hospital ha brindado servicios de interconsultas por e-mail durante 12 años y ahora ha pasado a la implementación del programa de telemedicina a través del cual se dará soporte a los centros de salud del interior del país con consultas de alta complejidad. El proyecto del Instituto Zaldívar provee consultas virtuales: almacenar y reenviar y en tiempo

real (Oliveri, 2010)³³.

En Jamaica se han desarrollado proyectos de telemedicina desde 1997. De acuerdo con la Unidad de Desarrollo e Investigación de la Universidad de las Indias Occidentales (UWI), la telemedicina está siendo utilizada en un número creciente de especialidades médicas tales como dermatología, oncología, psiquiatría y servicios de medicina domiciliaria (Sandor, 2010). En Costa Rica desde hace casi una década existe telemedicina orientada a consultas especializadas y de emergencias.

La interconsulta se usa en casos reducidos y por la voluntad de las partes comprometidas (Cortés, 2010). En Panamá, se ha privilegiado la telemedicina rural y en prisiones; y en el ámbito de las especialidades, la teleradiología ocupa un lugar relevante dados los problemas de escasez y concentración de especialistas en su capital. En la República Bolivariana de Venezuela existe un esfuerzo interesante por acortar la brecha tecnológica, para lo cual a partir de 2005 se crea el Centro Nacional de Innovación Tecnológica (CENIT). Entre los proyectos emblemáticos se encuentra el Hospital Digital, los quirófanos inteligentes y el equipo Medicarro, todos ellos utilizando acceso inalámbrico.

Por último, cabe destacar la Red Universitaria de Telemedicina (RUTE) de Brasil como uno de los buenos ejemplos, dado su tamaño y sostenibilidad, que sobresalen en la región. RUTE es una iniciativa del Ministerio de Ciencia y Tecnología de Brasil (MCT) coordinada por la Red Nacional de enseñanza e investigación (RNP), que contempla a

³³ Oliveri, Nora (2010), Antecedentes y aplicaciones de salud electrónica en Argentina.

los hospitales universitarios de todos los Estados y centros de atención primaria de diez Estados. Apoya el perfeccionamiento de la infraestructura para telemedicina, la educación e investigación y promueve la integración de proyectos entre las instituciones de la red y la atención de salud, por medio de compartir fichas médicas, consultas, exámenes y segunda opinión. Actualmente conecta 57 hospitales universitarios de enseñanza y planea alcanzar los 132 centros hospitalarios, incluyendo Salud Indígena, en 2012.

La Red Nacional de enseñanza e investigación funciona desde 1991 y en la actualidad reúne a más de 400 instituciones, aproximadamente un millón de usuarios. Los 57 hospitales en RUTE poseen una infraestructura sólida: 1) conexión a 1 Gigabites por segundo en ciudades con Redcomep; 2) existencia formal del núcleo de Telemedicina y Telesalud; 3) sala de videoconferencia, teleconsulta y telediagnóstico adecuada; 4) sala de videoconferencia homologada; 5) personal capacitado en TIC y videoconferencia y 6) grupos de interés específicos creados y funcionando (Coury y otros, 2010).

Entre las principales dificultades que debe enfrentar el desarrollo de la telemedicina se cuentan los aspectos referidos a cuestiones éticas y jurídicas asociadas a su implementación. Por ejemplo, en Francia se considera esencial que estos actos resguarden la relación personalizada entre un paciente y un médico, la garantía del secreto profesional, la igualdad de los cuidados en acceso, calidad y seguridad y la confiabilidad de los dispositivos tecnológicos (Ministère de la Santé et des Sports, 2008). Pese a estos consensos, en Francia se destaca que aún persiste incertidumbre jurídica en torno al ejercicio de la telemedicina y que éste es uno de los aspectos que hay que desarrollar con mayor urgencia si se buscan progresos significativos.

En ALC, un ejemplo respecto de las dificultades para el ejercicio de la telemedicina lo brinda Colombia. En 2006 el Ministerio de la

Protección Social dictó una resolución que normó la provisión o prestación de servicios de salud bajo la modalidad de la telemedicina. Desde entonces la resolución ha sido puesta a prueba y en torno a ella se han generado una serie de cuestionamientos referidos a las posiciones (estatus), roles y responsabilidades, tanto de los profesionales de la salud como de pacientes y/o asociación de pacientes, entre otros (Vélez, 2010).

Las TIC constituyen una poderosa herramienta para reducir inequidades y acelerar el progreso hacia el logro de los objetivos de salud. Sin embargo, para esto se requiere necesariamente del decidido liderazgo de las principales autoridades de salud y la concurrencia de los distintos actores implicados en torno a una agenda común sostenida por una política de Estado.

De esta manera será posible avanzar de manera coherente y sistemática en el desarrollo de infraestructura y conectividad con base en sistemas validados e interoperables para la educación sanitaria, la prevención de las enfermedades, la asistencia médica y la gestión de los servicios.

Igualmente, la alfabetización digital de la población es una necesidad básica para que las TIC en salud rindan todo el potencial que tienen. Como se ha visto, el rol de los pacientes y ciudadanos es cada vez más relevante en las estrategias sanitarias y se acrecienta con la incorporación de TIC siempre y cuando tengan acceso, sepan cómo utilizarlas y darles un uso significativo.

Al tener las TIC un fuerte impacto en el sector productivo, educativo y de salud, entre otros, el acceso y uso de estas tecnologías puede brindar no sólo nuevas oportunidades de empleo, sino también de interacción e integración social. Las TIC están llamadas a hacer un aporte al desarrollo económico y social de los países de la región, contribuyendo de manera transversal al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y a la superación de la pobreza y las desigualdades (CEPAL, 2010). No obstante las mencionadas potencialidades, urge una implementación oportuna y adecuada de políticas TIC en salud de modo de no arriesgar una ampliación de las brechas.

3.5 CALL CENTER

Los Call Centers o Centros de Atención de Llamadas constituyen un fenómeno que está dando lugar a un cambio radical en la forma de operar de las empresas. Entre los servicios que se suelen prestar figuran:

- **Atención al cliente**

- **Encuestas telefónicas (estudios de mercado, sondeos de opinión, calidad y satisfacción de clientes)**

- **Creación y actualización de bases de datos**

- **Seguimiento de acciones de marketing**

- **Recepción de pedidos, etc.**

Su actividad se ha desarrollado en los últimos 20 años de forma exponencial, hasta llegar al punto en que se hace prácticamente imposible para cualquier empresa no plantearse ofrecer a sus clientes los servicios de uno de estos Call Centers.

3.5.1 ¿Qué es un Call Center?

Conjunto de herramientas de Informática y de Telecomunicaciones que, puestas a disposición de un grupo de operadores encargados de atender llamadas telefónicas masivas, eleva la productividad de los recursos tecnológicos y de los recursos humanos.

El mayor valor agregado que proporciona un Call Center bien equipado es registrar la historia de los contactos potenciando una mejor atención a sus clientes.

3.5.2 Tipos de Call Centers

3.5.2.1 Basado en tipo de conmutación –Basados en conmutador

–Basados en Servidor de Comunicaciones –Mixtos

•**Basados en su ubicación** –Internos

–Externos (pertenecen a terceros a los que se les contrata el servicio)

3.5.3 CALL CENTER basado en una Central Telefónica

•El enfoque más común en las primeras instalaciones de **CALL CENTER** fue considerarlo como una extensión del uso de las

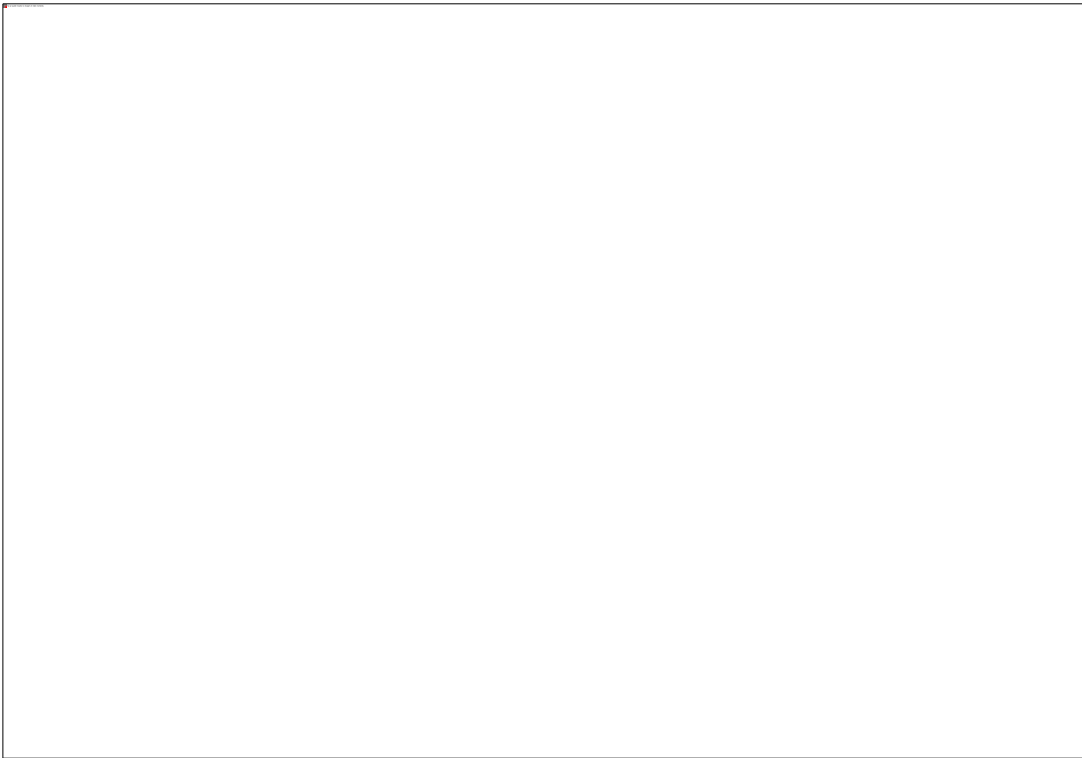
facilidades que brindaba la Central Telefónica Corporativa. En general esta central era un elemento ya existente en la organización y se asumía que su misión era la de resolver todos los requerimientos que se relacionaran con llamadas telefónicas entrantes o salientes.

- Principal dificultad, la PABX fue diseñada y configurada básicamente como una herramienta de interruptor entre un número reducido de líneas externas y un número mayor de internos, y al mismo tiempo, pensada para darle al usuario interno una cantidad de funcionalidades propias de los requerimientos de un usuario eventual, de oficina.

- En un **CALL CENTER** es exactamente lo inverso, las líneas que comunican al mismo con el exterior son siempre más numerosas que la cantidad de puestos de atención. Por otro lado, el usuario fundamental es un conjunto de operadores telefónicos que tienen requerimientos fundamentalmente diferentes al de un usuario normal de oficina.

- Necesario el agregado de diferentes módulos de HW y SW, algunos de los cuales son propietarios (color rojo en el esquema) y otros sistemas independientes adoptados de terceros proveedores (color verde en el esquema).

3.5.3.1 Esquema de un CALL CENTER basado en una Central Telefónica



3.5.4 CALL CENTER basado en un Servidor de Comunicaciones

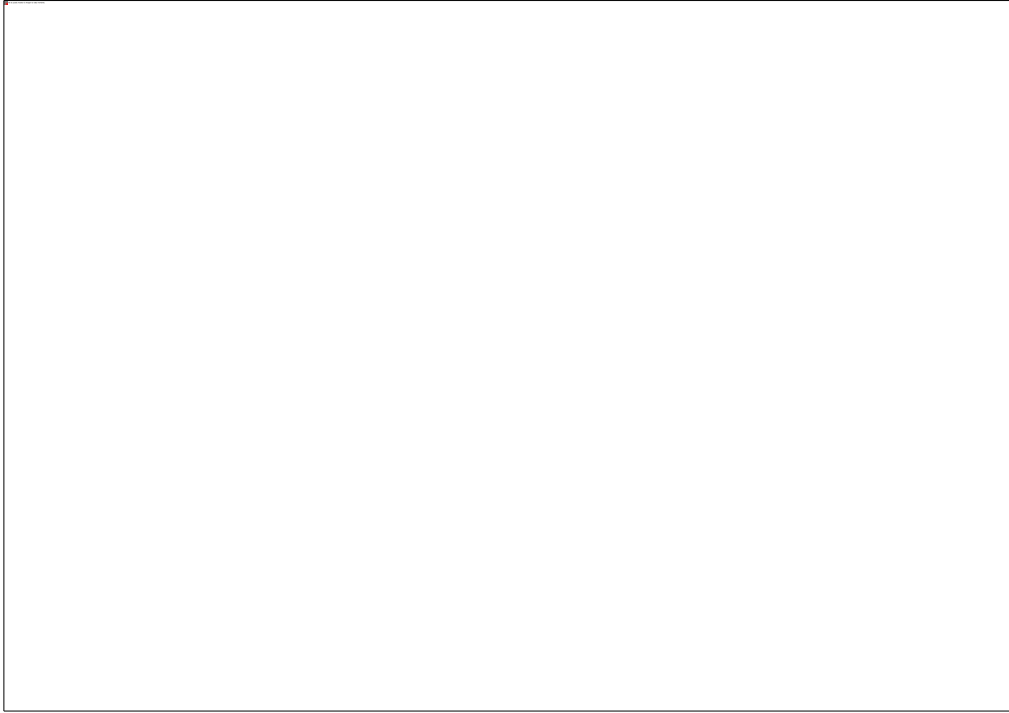
- En este caso, que se basa en la programación y manejo de toda la funcionalidad del **CALL CENTER** en equipamiento de tecnología genérica no acorde. Ej. Servidores disponibles en el mercado, y con lenguajes también no propios, de pública disponibilidad, orientados al usuario final y cuyo manejo puede ser incorporado a la organización generando una saludable independencia del proveedor.

- Las líneas externas provenientes de la red pública y los internos de los operadores se conectan a la Plataforma del Call Center, tal como si ésta fuese un conmutador.

- En la misma Plataforma residen las funcionalidades (Hardware y Software) requeridas para contar con todas los servicios involucrados en un Call Center (Respuesta Interactiva de Voz, Grabadores, integración de computación y telefonía, distribución automática de llamadas, conmutadores, etc), quedando fuera del sistema, sólo aquellos componentes que requieren una adecuación específica para cada caso (C.R.M., Servidor, Base de Datos, etc).

- Es generalmente más económica, además de ser funcionalmente más eficiente.

3.5.4.1 Esquema de un CALL CENTER basado en un Servidor de Comunicaciones

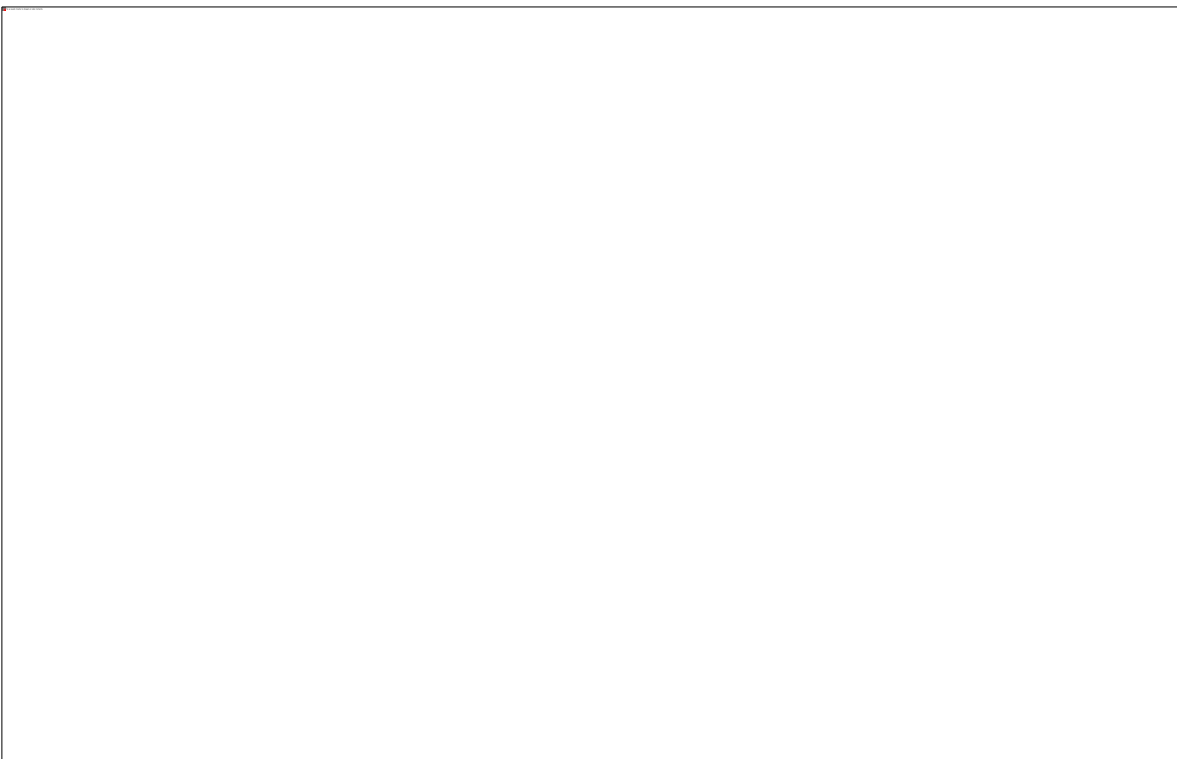


3.5.5 CALL CENTER mixto

- Las líneas de la red Pública están conectadas a la Central Telefónica, y de ésta se derivan las líneas internas hacia el **CALL CENTER**.

- Limite en algunas de las funcionalidades de la solución de **CALL CENTER**, ya que el conmutador actúa como filtro de una parte importante de la información de control que llega con la llamada (identificador de llamadas, servicio de identificación de número marcado, etc.), y que no son transmitidas al Servidor de Comunicaciones por las líneas internas.

3.5.5.1 ESQUEMA DE CALL CENTER MIXTO



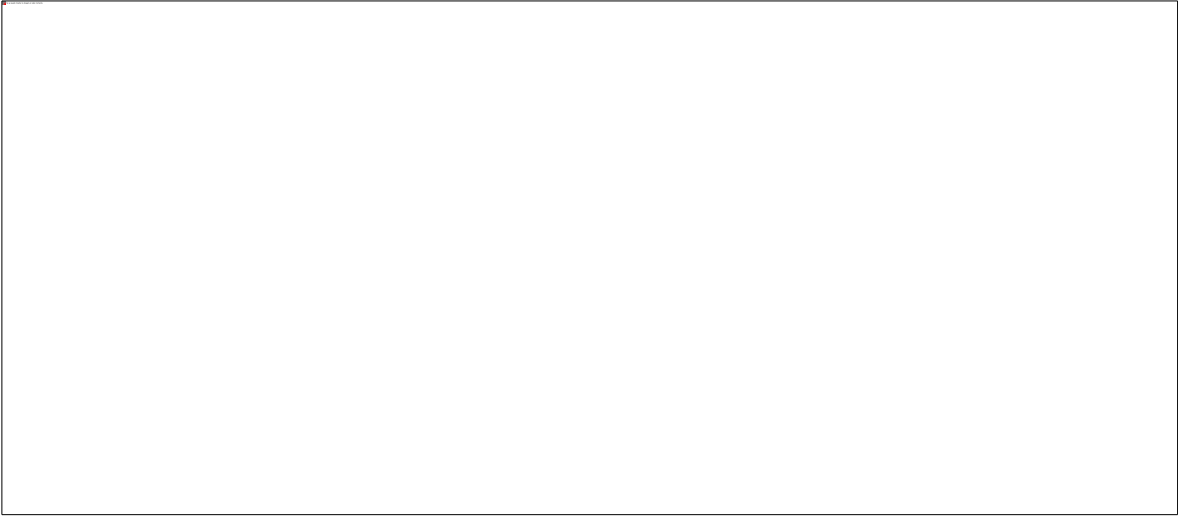
3.6 POLÍTICAS DE ENRUTAMIENTO

3.6.1 Enrutador basado en la destreza

1. Permite que el cliente sea atendido por el agente más competente para su caso particular
2. Se puede lograr mediante la división de los agentes en diferentes categorías según su cualificación y además establecer un orden según niveles de prioridad.

1. Identificación del llamante

3. Permite atender al cliente de forma más rápida y eficiente.
4. La identificación puede ser por medio de identificador de llamadas o mediante consultas por multifrecuencia o por VOZ
5. Permite que el agente tenga a su disposición, mediante CTI, el perfil del cliente (ventanas emergentes)



Políticas de marcación – La comunicación se establece de forma automática cuando hay algún agente libre.

3.6.3 Marcación predictiva

- Se establece un porcentaje máximo de intentos de llamada, de forma que no dependen de un agente libre.
- Se debe configurar de forma tal que no halla perdidas de llamadas

3.6.4 Marcación por lotes

- Permite establecer más llamadas que agentes libres en un momento dado.
- Si se establece la comunicación y no hay agentes libres puede descartarse la comunicación o desviarse a una aplicación de respuesta interactiva de voz (IVR)

3.6.5 Automarcación

Como política deben eliminarse las llamadas descartadas.

Tipos de Campañas –La llamada la genera el cliente que requiere una atención o la realización de una transacción

3.6.6 Campañas salientes

–Ejecución de transacciones salientes que implican ahorro de tiempo, teniendo en cuenta las tentativas que tendría que hacer un operador sobre números ocupados, incorrectos o sin respuesta.

–Mediante el uso de texto a voz TTS y Reconocimiento de voz automático ASR, se puede gestionar campañas automáticas interactivas en las que el cliente puede responder a determinadas preguntas usando la voz o tonos, aplicaciones de marcación por multifrecuencia de dos tonos

–Las campañas pueden ser automáticas o manuales (con operador)

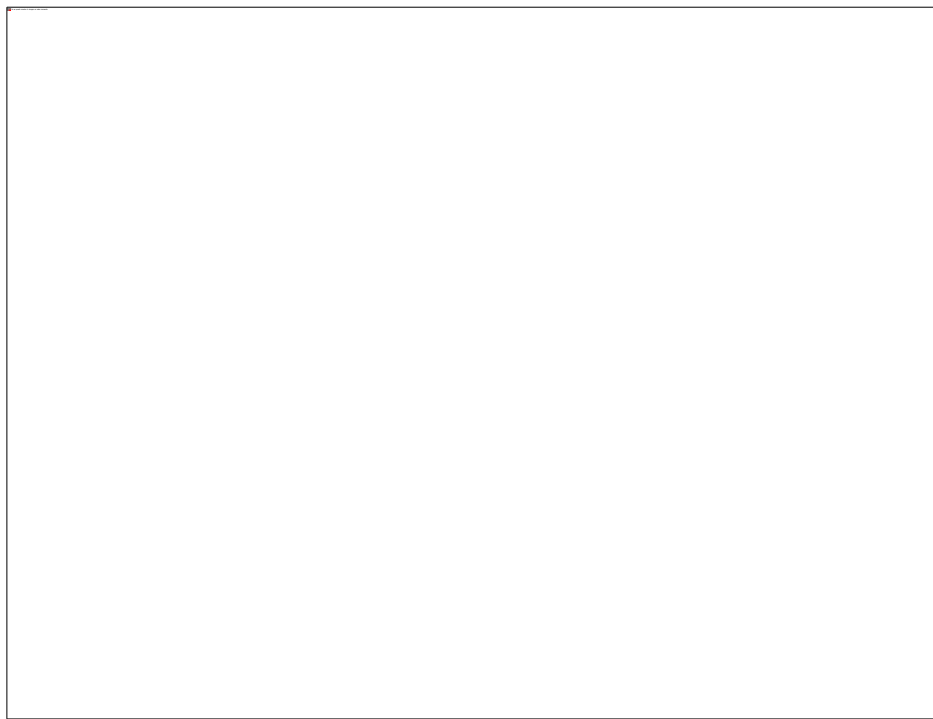
–Ej. de campañas manuales es cuando el inicio de la llamada es provocado por el operador, en tanto la verificación del éxito de la misma (ocupado, número incorrecto, sin respuesta, fax) es efectuada por el sistema.

–En las campañas automáticas el sistema automáticamente inicia las llamadas en salida por cada operador disponible, verifica el estado del usuario llamado, transfiriendo al operador sólo las llamadas exitosas.

3.7 MODULOS DE UN CALL CENTER

3.7.1 Módulo ACD (Automatic Call Distribution / Distribucion automática de llamadas)

1. Un sistema ACD tiene por objetivo el manejo de la correcta distribución de las llamadas entrantes a las distintas posiciones de operadores telefónicos, en forma rápida y permitiendo una carga de trabajo uniforme por operador.
2. La distribución de la llamada se puede basar en algoritmos y sistemas de asignación parametrizables por el cliente.
3. El número llamado.
4. El número llamante
5. Categoría del cliente
6. Agentes locales y remotos para teletrabajo y sobreflujo
7. Llamadas entrantes y salientes



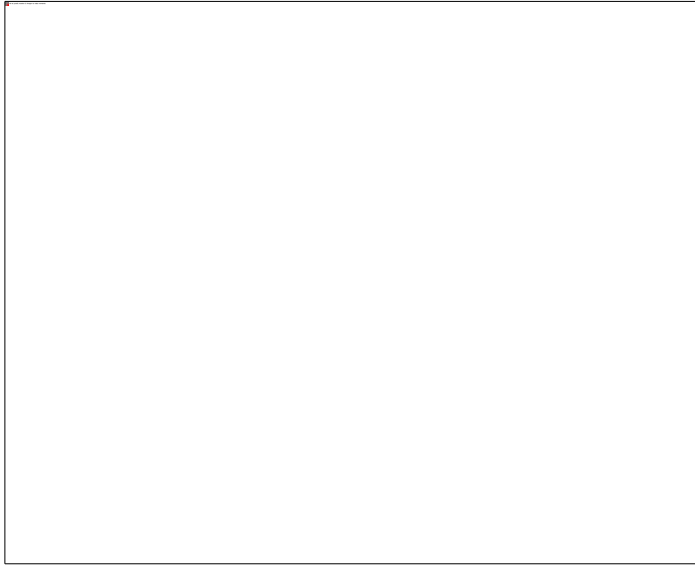
3.7.2Módulo IVR – Interactive Voice Response / Respuesta interactiva de voz

1. Su principal función es la atención de la llamada entrante durante un cierto tiempo en base a vocalización de datos que se encuentran previamente grabados, o se acceden desde una base de datos operacional, y que son manejados interactivamente durante la llamada, en función de una programación determinada por la aplicación específica del cliente.
2. Esta funcionalidad permite descargar a los operadores del **CALL CENTER** de una gran cantidad de tareas rutinarias y repetitivas, necesarias en todas las llamadas, y que pueden ser eficientemente atendidas por un sistema de este tipo. Ejemplo: la recepción y bienvenida, la identificación del cliente que llama mediante códigos internos de la empresa (# de cliente, # de cuenta, etc.), la determinación del tipo de requerimiento específico para direccionar la llamada a un grupo de operadores especializado, etc.

• Aplicaciones

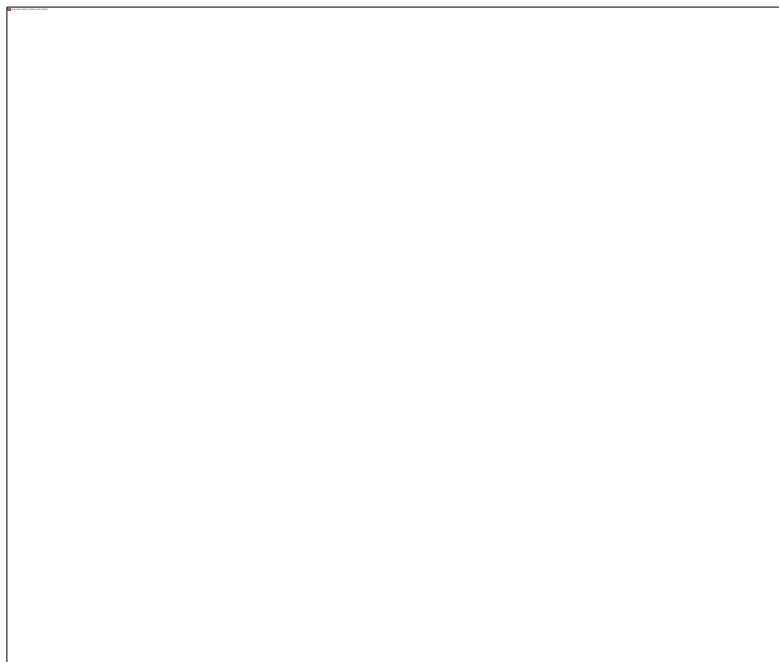
1. Banca Telefónica
2. Mesa de ayuda
3. Servicios de información 24Hs

4. Operadora Telefónica

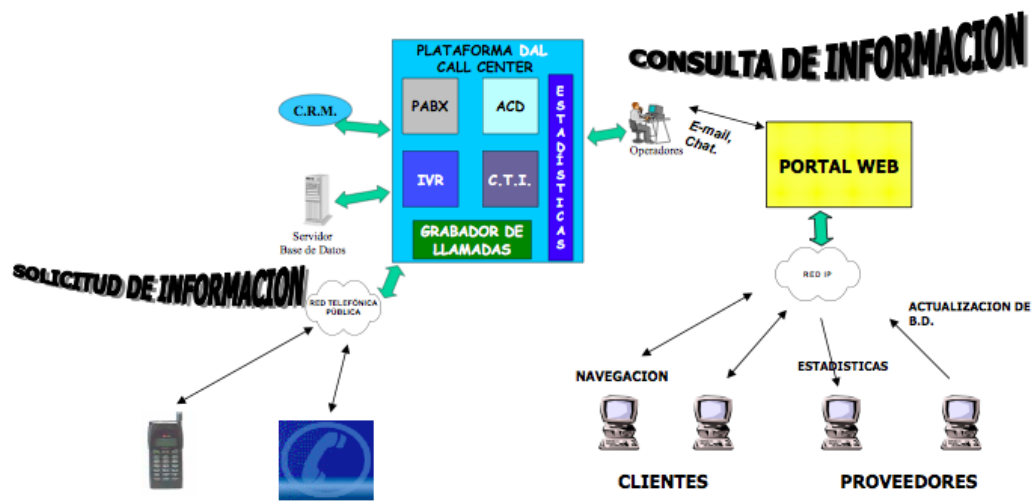


3.7.3 Módulo CTI – Descripción General

1. Interviene al transferir la llamada a otro operador, o de un **IVR** a un operador.
2. Esta necesidad puede surgir del hecho de que, la llamada requiera una especialización distinta al operador que se determinó originariamente, o bien de la necesidad de intervención de un nivel de supervisión para la resolución definitiva del problema, o al hecho que el cliente quiera resolver varios problemas en la misma llamada, o que luego de navegar por el IVR el cliente requiera atención personalizada, etc
3. Conviven 2 tecnologías poderosas: Informática y Telefonía, transformando a la simple transferencia de la llamada en lo que se denomina “ Llamada en contexto”.



MODULOS FUNCIONALES PRINCIPALES DE UN CALL CENTER



3.7.4 MODULOS FUNCIONALES DE UN CALL CENTER

Protocolo de internet de puerta de enlace Para acceso de usuarios de internet con sistemas multimedia a un agente.

Atención a e-mail y mediante chat

- Permite predefinir respuestas para e-mails y/o reenrutar los que necesiten una respuesta especializada hacia el agente indicado.
- Los agentes se pueden comunicar directamente con los usuarios que visitan el sitio web mediante chat.

•Generador de campañas

- Herramienta administrativa para generar las distintas campañas del Call Center
- Asignación de recursos, líneas entrantes, grupos de operadores, etc. para las distintas campañas

•ASR (Automatic Speech Recognition / Reconocimiento automático de voz)

- Funcionalidad que permite reconocer vocablos a partir de una base de datos.

- **TTS (Text to Speech / texto a voz)**

- Permite proporcionar, sin intervención del operador, atención a las consultas de un cliente. • Loqueando, Scansoft, L&H (Lernout & Hauspie Speech Products N.V.)

- **Voice Mail / Mensaje de voz – Mensajería Unificada**

- Mensajería de voz, permite asignar buzones de voz a los usuarios para grabar mensajes, los cuales le pueden llegar adjuntos en un e-mail.

- Rx de Fax que se puede reenviar a cuentas de e-mail o a otros aparatos de fax.

- **Llamadas y Mensajería de texto**

- Posibilidad de enviar Mensajes de texto a móviles mediante sistemas de módulos globales dotados de tarjetas portátiles.

- Permite abaratar los costos de tráfico entre la red fija y la móvil.

- **Reportes y Estadísticas**

- Brindar información vinculada a los parámetros de calidad del Call Center
- Informes detallados de la atención a los clientes
- Servicios más utilizados
- Permite reconfigurar las aplicaciones para acomodar mejor los requerimientos de los clientes

3.8 INTEGRACION CALL CENTER & PORTAL DE INTERNET

3.8.1 Central de llamadas de internet

- Sus funciones pueden ir desde obtener información de los visitantes del sitio para posteriormente programar una llamada saliente, por mediación de un agente o de forma predictiva.
- Permitir a los usuarios del sitio que tengan una PC multimedia contactar con el Call Center, directamente desde Internet
- Permitir que un operador del Call Center acceda de forma interactiva a un cliente conectado vía WWW, pudiendo dirigir el navegador del cliente hacia páginas generadas dinámicamente.



Una forma más extensa de recibir información es a través de un Call Center, el cual cuenta con un Portal para dar respuesta al cliente, de forma automática o a través de los agentes.

En ambos casos extraída del Portal y a través de un menú.

Esto hace que el Portal WEB para Servicios Informativos de Valor Agregado sea un factor común de acceso para la conexión por Call Center o por Internet.

La estructura adecuada y actualizada del Portal, permitirá dirigir las búsquedas a los Sitios y páginas de las Entidades Proveedoras de Servicios y Productos donde el cliente pueda encontrar la información precisa que necesita.

Permitirá además, a través de la utilización de las diferentes tecnologías de comunicaciones e informáticas, acceder a servicios informativos tanto de interés de empresas, organizaciones y organismos, como de personas naturales.

3.8.1.1 Centro de llamadas /portal de internet

Identificación de llamadas/usuario

Registro de numero llamante/nombre de usuario registro de zona geográfica registro de categoría de usuario (persona natural o jurídica)

Registro de categoría (cliente o proveedor)

Inclusión ó clientes/proveedores

Confirmación en base de datos de:

Consulta a base de datos

4. Tipo de producto o servicio
5. Recibe existencia, precio otras características

Actualización base de datos (productos y servicios)

6. Identificación de proveedores
7. Proceso de actualización de productos y servicios (altas, bajas y modificaciones)

Estadísticas

Administración del call center:

1. Distribución de llamadas
2. Principales usuarios
3. Números llamantes

4. Zonas geográficas llamantes
5. Fechas y horas de mayor solicitud
6. Renglones más solicitados
7. Entidades más solicitadas
8. Temas más solicitados
9. Zonas geográficas más solicitadas

Administración de portal web

1. Principales usuarios
2. Zonas geográficas que acceden
3. Fechas/horas de mayor solicitud
4. Renglones más solicitados
5. Entidades más solicitadas
6. Temas más solicitados
7. Zonas geográficas más solicitadas

Clientes

1. Renglones más solicitados(cantidad, valor)
2. Entidades más solicitadas
3. Temas más solicitados

4. Fechas/horas más solicitadas
5. Zonas geográficas
6. Tipo de cliente (persona natural/jurídica)
7. Forma de acceso

Proveedores

1. Zonas geográficas
2. Renglones más solicitados
3. Entidades más solicitadas
4. Valores/clientes
5. Tipo de clientes
6. Forma de pago/cliente
7. Periodo de reabastecimiento/renglón
8. Renglones/fecha y hora
9. Análisis de campaña de promoción

Ventajas del Call Center para la Empresa

1. Aumento de los ingresos
2. Mejora en la rentabilidad de la inversión (ROI) para los gastos de marketing
3. Mejoras en el manejo de información y en el desarrollo de nuevos productos y servicios a través de los datos oportunos de los clientes
4. Mejoras en la toma de decisiones
5. Aumento de la satisfacción de los clientes

Aplicaciones del centro de llamadas

- **Aplicaciones de telecomunicaciones**
- **Aplicaciones Corporativas**
- **Aplicaciones Médicas**
- **Aplicaciones Bancarias**
- **Aplicaciones para Administración pública y gobierno**

Ej. De Aplicaciones de telecomunicaciones

- Operadoras de larga distancia
- Correo de voz para Teléfonos Públicos.
- Cobro Revertido para Teléfonos Públicos.
- Supervisión de Teléfonos rurales.
- Enrutamiento/ Completamiento de llamadas.
- Solicitud y Registro de pedidos y quejas.
- Servicio de Reparación.
- Tarjeta Prepaga

Ej. De Aplicaciones Corporativas

- Atención a clientes.
- Telemarketing
- Gestión de cobros atrasados
- Ventas por catálogos
- Informaciones o consultas

Ej. De Aplicaciones Médicas

- Centros de Emergencia

- Venta de Medicamentos

Ej. De Aplicaciones Bancarias

- Banca Telefónica – Consulta de estados de cuenta – Transferencias bancarias

Ej. De Aplicaciones para Administración Pública y Gobierno

- Atención a la población
- Centros de Informaciones y Consultas
- Centros de Emergencias
- Centros de reclamo
- Informaciones Turísticas

3.8.1.2 Proveedores de Call Centers

•Basado en conmutador

–Actualmente los principales fabricantes de conmutadores incluyen módulos para Centros de llamadas, como distribuidor automático de llamadas, Grabadoras, Respuesta interactiva de voz, correo de voz ,

etc.

3.9 EMPLEO Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LOS CALL CENTERS DE ARGENTINA

En la actualidad un número cada vez mayor de países se ve alcanzado por el cambio de dimensión geográfica de las actividades empresariales que representa la tercerización de la producción. El ingreso en una etapa de tercerización (outsourcing) y deslocalización (offshoring) global ha dotado de un nuevo nivel de fluidez a la economía internacional que abarca no sólo a la producción industrial sino también a los servicios (Gereffi y Sturgeon, 2004; Sturgeon y Levy, 2005).

En este contexto las grandes firmas recurren a la estrategia de deslocalizar funciones administrativas que requieren de proveedores con cierto nivel de competencias, lo que explica la emergencia de empresas de asistencia empresarial que brindan servicios a terceros y que se especializan en gestionar a distancia operaciones empresariales de áreas no estratégicas (véanse los análisis de Piña, 2005; Martínez et al., 2008; López et al., 2008). Entre los diferentes tipos de funciones desterritorializadas figuran la gestión de personal, la contabilidad financiera, el desarrollo del soporte lógico y ciertos trabajos de análisis de datos, entre otros (Holman, Batt et al., 2007).

En la Argentina existe hoy en día un conjunto de empresas, en su mayoría subsidiarias de firmas globales, que se han consolidado como proveedores de Servicios Empresariales a Distancia (offshore). Los años de crecimiento económico sostenido con los que se salió de la crisis de 2001 y el tipo de cambio muy favorable para la exportación que rige desde entonces fueron factores que alentaron la (re) localización de esas firmas en nuestro país.

Con la consolidación de esas empresas se afianzó, también, un conjunto de nuevas actividades de servicios cuya expansión depende de la exportación, tanto o más que de la evolución registrada en el mercado doméstico. Entre esos servicios se diferencian prestaciones más o menos rutinarias, otro grupo de servicios con mayor contenido técnico, y prestaciones más especializadas. En el primer grupo encontramos la recopilación y tratamiento de datos, la administración de reclamos y los servicios básicos de call centers; el telemarketing y la asistencia post venta son servicios de mediana complejidad; el diseño y administración de sitios web, los servicios de contabilidad, los servicios de procesos empresariales y tecnológicos requieren especialización y alta calificación (Piña, 2005).

En nuestro país contamos con un ejemplo elocuente de la expansión de los Servicios Empresariales a Distancia (SED). Hoy en día es muy corriente que los servicios de atención al cliente se subcontraten a una empresa tercerizadora especializada en gestionar las operaciones de Call Centers y Contact Center (CC); en el caso argentino esa tendencia se reflejó en el crecimiento explosivo de la actividad de los CC tercerizados y en la conformación del sector de Empresas Tercerizadoras de Call Centers (ETCC).

Asimismo, la importancia que tiene hoy para el sector de ETCC la exportación de servicios nos lleva a considerar que el así llamado boom de los Call Centers offshore (CC offshore) confirma la evolución de algunas ETCC, que comenzaron brindando servicios poco complejos y poco especializados y que ahora incursionan en el terreno de la exportación como proveedoras de SED de mayor valor agregado.

Dicha evolución se corresponde con las tendencias globales que marcan un rápido crecimiento del mercado offshore de servicios debido a la profundización del alcance de las estrategias de Tercerización de Procesos de Negocios (business process outsourcing - BPO) (ATKearney, 2007), con la consolidación de proveedores especializados que operan desde localizaciones geográficas que presentan ventajas comparativas (UNCTAD, 2008)³⁴.

Los CC offshore son, no sólo en la Argentina sino también a escala regional, una actividad económica en franca expansión. El crecimiento sostenido que registraron las economías latinoamericanas durante los últimos años fue un estímulo para la localización de CC offshore en la región. El mercado latinoamericano de tercerización de CC creció durante el año 2007 un 26%, registrando ingresos cercanos a 4.700 millones de dólares y la actividad de los CC offshore fue responsable del 22% de dicha facturación (Frost y Sullivan, 2008). En la Argentina, la facturación de las ETCC rondó en 2.000 millones de pesos durante 2008; sobre dicha facturación un 25% correspondió a las exportaciones de servicios (\$500 millones).

El aumento local y regional de estas nuevas actividades económicas se produce en un contexto económico global en el que la prestación de servicios a empresas se encuentra fuertemente imbricada al proceso de desintegración vertical de las firmas. La globalización económica implica, por un lado, la fragmentación del proceso productivo en varias secuencias geográficamente separadas; por otro, una integración inédita a escala global de la administración, de la comercialización, de las actividades orientadas al comercio, a la venta, al marketing y a la distribución.

³⁴ Conferencia de las naciones unidas sobre comercio y desarrollo, 2008.

Esta tensión entre integración y fragmentación, que exige la estandarización y automatización de un sinnúmero de funciones y procesos, se resuelve en espacios como los call centers (CC): canales dedicados exclusivamente a gestionar la relación entre empresas y clientes con el respaldo de un programa especializado que permite controlar y automatizar roles y funciones, capturar y estandarizar conocimientos sobre ventas y mercados y supervisar los servicios prestados a los clientes.

1.CALL CENTERS Y BPO: CLAVES SECTORIALES

En el escenario actual de contratación de servicios externos de servicios la actividad económica de los CC está concentrada en pocas firmas multinacionales. En 2008, eran cinco las empresas que lideraban el mercado mundial de tercerización de CC: Teleperformance, TeleTech, Sitel, EDS y Convergys (Datamonitor, 2008a). Desde hace unos años estas tercerizadoras globales de servicios tienen en Asia su base de operaciones: durante la última década India y China fueron los países preferidos para la relocalización de servicios, en 2009 ambos países ocuparon respectivamente la primera y segunda posición en Global Services Location Index (ATKearney, 2009). América Latina también es, en la actualidad, un destino para esas ETCC.

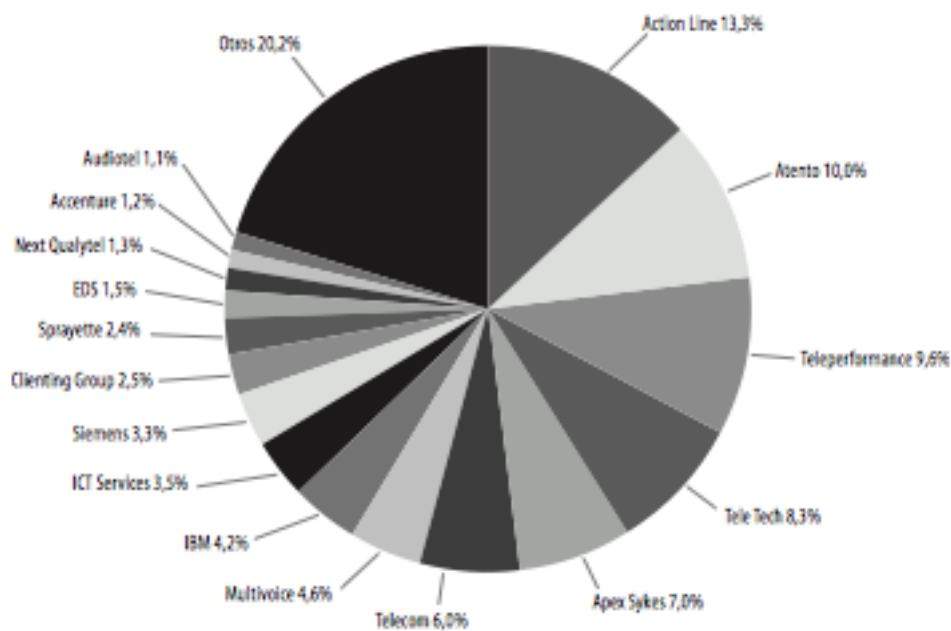
Según el Global Services Location Index, que analiza y califica las 50 locaciones del mundo más importantes para los proveedores de servicios offshore –tercerización de servicios de tecnologías de la información, creación de franquicias, servicios de respaldo de información, servicios de procesos de negocios, entre otros, los países de América Latina fueron en conjunto las localizaciones franquicias de

mejor evolución durante 2007 (ATKearney, 2007). El servicio de respaldo de información empresarial y tecnológica aumentó impulsado por las inversiones que realizaron en la región las mayores multinacionales que controlan ese mercado a nivel mundial. Brasil, Chile y México ocupaban lugares muy relevantes a nivel mundial, respectivamente, la quinta, séptima y décima posición del Index. Con una trayectoria también muy importante, la Argentina se ubicaba como uno de los países elegidos para la localización de servicios offshore, en la posición 23 del ranking mundial (ATKearney, 2007). En el año 2009, los efectos de la crisis económica provocaron movimientos: Brasil descendió al puesto 12 del Index y Argentina hasta la posición 27 (ATKearney, 2009).

En sintonía con la evolución general, en la Argentina la actividad de las ETCC también presenta un alto nivel de concentración (tanto para las operaciones locales como para las offshore), con menos de diez empresas que concentran las operaciones del mercado local y no más de seis firmas que lideran la exportación. Asimismo, un elemento destacable es que se trata de un sector donde predomina la Inversión Extranjera Directa (IED), ampliamente extranjerizado, en el que las primeras cinco empresas del sector son subsidiarias de grupos multinacionales.

Gráfico que sigue la composición sectorial –según la importancia de las empresas en función de la cantidad de empleados.

Ranking de terciarizadores de Argentina -2008-
(Según cantidad de empleados. Total: 60.000)



Fuente: Convergencia (2008)

ETCC y BPO –según origen del capital y modalidad de integración

	<i>Insourcing</i> Cautivos de la organización	<i>Outsourcing</i> Proveedor externo
	CUADRANTE 1	CUADRANTE 2
	Subsidiarias de multinacionales provisión de servicios intragrupo	Subsidiarias de multinacionales proveedoras de servicios tercerizados
Empresa de capitales extranjeros	Empresas: IBM (<i>Global Delivery Center</i>) Siemens IT Solutions and Services Accenture (<i>America Services Center</i>)	Empresas: Atento Teleperformance TeleTech Action Line ApexSykes Telecom Multivoice –Grupo ACS ICT Services Next Qualitytel Accenture IBM
	CUADRANTE 3	CUADRANTE 4
	Empresas nacionales provisión de servicios intragrupo	Empresas nacionales proveedoras de servicios tercerizados
Empresa de capitales nacionales	Empresas: Sin casos ¹	Empresas (ETCC): Audiotel Clienting Group

3.9.2 Tercerizadoras de call center

Desde su fundación en 1994, Actionline de Argentina se especializó en la tercerización de servicios tradicionales de CC, orientando sus operaciones hacia el mercado doméstico. En el año 2000 el Grupo WPP, uno de los grupos de empresas de comunicaciones más grandes del mundo, compró el 51% de las acciones de la compañía de capitales nacionales. A partir de ese momento, Actionline se dividió en dos empresas diferentes Actionline Buenos Aires y Actionline Córdoba que compartían un mismo accionista internacional. A finales del año 2008, Actionline Córdoba y la empresa colombiana Multienlace establecieron una alianza para unificar sus operaciones y crear ALLUS Global BPO Center. La alianza de Actionline Córdoba con Multienlace representa no solamente la expansión de la capacidad de proveer servicios a escala regional e internacional sino también una nueva orientación hacia segmentos del negocio de mayor valor agregado como los servicios de BPO.

La compañía que sigue en importancia, Atento, es una filial de una de las operadoras en telefonía más importantes del mundo, pertenece al Grupo Telefónica y opera en el país desde el año 2000. Su estrategia de negocio se concentra en el mercado doméstico, hasta hace poco sus operaciones se orientaban a brindar servicios intragrupo pero actualmente la empresa compite en el mercado local de tercerización ofreciendo servicios de gestión de bases de datos, cobranzas de mora temprana y tardía, mesa de ayuda, gestiones comerciales off shore y servicios de BPO. Atento tiene plataformas de CC en Buenos Aires, Córdoba, Salta y en Montevideo (con una plataforma de CC que depende de la Argentina). A nivel global conforma el Grupo Atento, con plataformas de CC en quince países, que orientan sus operaciones a mercados de lengua hispana y portuguesa.

Teleperformance y Teletech son –respectivamente– empresas subsidiarias de un grupo francés y de un holding norteamericano, dos de las proveedoras de CC más importantes del mundo (Datamonitor, 2008). En la Argentina, entre ambas empresas lideran y concentran el negocio de la exportación de servicios de CC.

La empresa francesa Teleperformance comenzó a operar en el año 1978 como tercerizadora de servicios de CC y BPO con la estrategia de una empresa global; con esa misma orientación, inició sus operaciones en Argentina en el año 1998. En el 2008, el Grupo Teleperformance también tenía en el país la empresa Software del Plata, especializada en asistencia técnica, help-desk, externalización de servicios tecnológicos y servicios de consultoría. Como acabamos de señalar, Teleperformance de Argentina se especializa en el mercado offshore; en los últimos ejercicios 2007 y 2008, las cuentas offshore representaron cerca del 60% de la facturación de la compañía (clientes de Estados Unidos de Norteamérica, América Latina y Europa).

La subsidiaria de la Argentina cerró el ejercicio 2008 con una plantilla de 6.400 empleados y cinco sitios en todo el país: dos sitios en Buenos Aires dedicados preferencialmente a la atención offshore a España y Estados Unidos, dos en Córdoba y Tucumán orientados a la atención del mercado local y un último sitio en Buenos Aires de la empresa Software del Plata.

TeleTech Holdings es una empresa fundada en 1982, líder en la subcontratación de CC y una de las primeras en incursionar en el terreno del BPO. A nivel global, TeleTech presta servicios a clientes de diversos sectores automotor, medios de comunicación, finanzas,

gobiernos, salud, comercio, tecnología, turismo y ocio. TeleTech comenzó a operar en Latinoamérica en el año 1997, con la instalación de sedes en México, Argentina y Brasil. En nuestro país, el holding tiene presencia a través de TeleTech Argentina, que en 2008 contaba con una plantilla aproximada de 5.000 empleados, y con tres centros en la ciudad de Buenos Aires y otro en Rosario. La instalación del CC de Rosario fue parte de la estrategia corporativa para ampliar la oferta de servicios en el terreno de la producción de software. Desde esa plataforma se proveen servicios de soporte técnico a una de las grandes multinacionales del sector de fabricación de equipos y programas.

Al igual que Teleperformance, TeleTech también se orienta principalmente a la exportación de servicios. Durante el primer semestre de 2008 la facturación en concepto de cuentas offshore representó cerca del 90% de los ingresos totales de la compañía.

ApexSykes es la empresa que ocupa el quinto lugar por cantidad de empleados en el sector de ETCC; comenzó a operar en 2003 como Apex América a partir de la unión de capitales argentinos, chilenos y canadienses. Desde el inicio de sus operaciones Apex orientó su estrategia de negocios a la exportación de servicios, especializándose en el outsourcing de corporaciones internacionales con grandes volúmenes de servicios de atención al cliente y/o soporte técnico. En la actualidad ApexSykes es una Unidad de Negocios de Sykes Enterprises Incorporated, luego de que en julio de 2006 se integrara al grupo SYKES, uno de los mayores proveedores internacionales de CC para terceros y de soluciones BPO. Apex tenía en Argentina, al finalizar el año 2008, aproximadamente 5.000 empleados, distribuidos en tres sites en Córdoba y uno en Rosario. También ApexSykes, al igual que Teleperformance y TeleTech, orienta sus operaciones a la

exportación de servicios, rubro que representó en los últimos años entre el 70 y el 80% de la facturación total de la empresa en el país.

Entre las otras multinacionales que operaban en Argentina a finales de 2008, se encontraban: Telecom de Argentina; el grupo norteamericano ACS, que compró a principios de 2009 la empresa cordobesa Multivoice para reorientar su oferta de servicios de CC en función de las fortalezas de ACS, especializada en la prestación de soluciones BPO; el grupo norteamericano ICT, que compró la empresa nacional Proyectar Connect en el año 2006 como parte de la estrategia de expansión global de posicionamiento y crecimiento en América Latina (foco en el mercado local de tercerización de CC y expansión de los servicios offshore a clientes estadounidenses y europeos); la ETCC Qualytel, una de las principales compañías de servicios de outsourcing y telemarketing de España que compró en mayo de 2007 el 65% de Next Argentina, que pasó a formar parte de la estrategia de Qualiytel de abrirse mercado entre los hispanohablantes de Estados Unidos. Asimismo, a mediados de 2005, comenzó a operar en Argentina el grupo alemán Arvato (Bentelsmann), que a finales de 2008 operaba en Buenos Aires una plataforma de CC con una plantilla de cerca 650 empleados dedicados mayoritariamente a la atención de los clientes estadounidenses de una empresa líder del sector de informática.

3.9.3 Empresas proveedoras de subcontratación de procesos de negocios

El horizonte de la diversificación, para completar este panorama sectorial, vamos a hacer una breve referencia a otras empresas que

tienen una estrategia de negocio diferente. También son multinacionales, pero especializadas como proveedoras de BPO (podrían ubicarse en el cuadrante 2, gráfico ETCC y BPO). En el gráfico sectorial que presentamos más atrás aparecen reflejadas IBM, EDS y Accenture, tres empresas fuertemente orientadas a la tercerización de procesos de negocios y a la provisión de servicios tecnológicos.

Accenture es una compañía global de consultoría, tecnología y servicios de outsourcing en la Argentina, es una de las empresas de mayor peso en la provisión de BPO (la segunda en importancia luego de Deloitte Touche Tohmatsu). La compañía tiene en la Argentina una trayectoria de 40 años (gran parte bajo el nombre de Arthur Andersen), y se especializa en brindar servicios de consultoría y tecnología relacionados con el manejo a gran escala de sistemas de integración y de procesos de negocios. En octubre del año 2008, Accenture tenía 4.000 empleados en la Argentina.

Durante 2006, Accenture estableció con Hewlett Packard una alianza local, uniéndose uno de los principales proveedores de hardware del mundo con una de las compañías líderes mundiales en consultoría y tercerización de procesos de negocios. La alianza fue planteada para aprovechar el momento de expansión y dinamismo que se viene registrando en las áreas de consultoría y de servicios relacionados con el software, siendo este último un campo donde Accenture busca fortalecerse, compitiendo con IBM.

En la misma sintonía, IBM también despliega una estrategia integradora para ganar mercado. En el año 2002, la compañía de informática IBM concretó la compra de PWC Consulting, el brazo consultor de Pricewaterhouse Coopers y anunció la creación de una nueva unidad de negocio: IBM Business Consulting Services. Esta

operación aceleró la transición de IBM de la venta únicamente de computadoras y software a la provisión de servicios globales de tecnología y de negocios a grandes clientes corporativos. La adquisición de Pricewaterhouse Coopers le permitió a IBM acceder a la experticia necesaria para comenzar a incursionar en el campo de la consultoría de negocios.

Según se interpreta de lo expuesto hasta aquí, la clave de estos movimientos estratégicos reside en la compra selectiva de empresas que aportan un alto contenido tecnológico y capital intelectual en áreas clave: los actores económicos dedicados a la tercerización buscan potenciarse, cubrir cada vez más áreas de operaciones, complementar servicios y lograr el máximo de internacionalización.

Así, por ejemplo, el resultado de la adquisición realizada por IBM fue que IBM Business Consulting Services se convirtiera en la mayor organización del mundo dedicada a tercerizar servicios de consultoría.

Acorde a su modelo global de negocios, IBM Argentina inauguró en el año 2005 su Global Delivery Center para brindar su capacidad de servicio a los distintos clientes en todo el mundo (cuadrante 1 del cuadro ETCC y BPO). De las 5.200 personas que trabajaban en IBM Argentina en el año 2007, 3.500 pertenecían a esta unidad de servicios globales y prestaban servicios a clientes de América Latina, Estados Unidos y Europa. También Accenture apostó por esa estrategia: desde 2005 opera en nuestro país el America Service Center (ASC), un centro de servicios compartidos que trabaja desde la Argentina para las oficinas de Accenture en el mundo.

Analizando las estrategias empresariales que acabamos de reseñar se observa que las corporaciones han dejado atrás la etapa donde las grandes inversiones tecnológicas estaban centradas en el hardware e incluso en servicios genéricos de software. Por eso, empresas como IBM han decidido la incursión en el área de consultoría y de provisión de servicios de negocios.

Otro ejemplo reciente (agosto de 2008) y en el mercado local, es el de HP, que concretó la adquisición de EDS (la otra empresa que aparece en el gráfico sectorial), una firma dedicada a la provisión de servicios tecnológicos y de tercerización de procesos de negocios. Con la integración de la tecnología de EDS, HP busca fortalecerse frente a IBM en el área del outsourcing y disputarle mercado.

Como conclusión, resulta interesante subrayar que en la actualidad los llamados “grandes integradores de sistemas” están avanzando con fuerza sobre actividades donde anteriormente sólo participaban de manera periférica, principalmente como proveedores de tecnologías a consultoras y a call centers.

4. TENDENCIAS DE LA EXPORTACIÓN DE SERVICIOS

En Argentina la evolución de los CC depende de la expansión del mercado doméstico de tercerización de servicios pero también, y en mayor medida que en otros países de la región, de la exportación. En América Latina la actividad de los CC avanza en el marco de grandes mercados internos como los de Brasil y México; en ese contexto los servicios offshore son un impulso más para el desarrollo de la actividad (Convergencia, 2008; Datamonitor; 2004). Según datos de

Frost y Sullivan para América Latina, el mercado de tercerización de CC cerró con una facturación de 6.700 millones de dólares en el año 2008, de la que solamente el 23% del total correspondió a servicios offshore.

En nuestro país la exportación de SED se constituyó realmente en un motor: entre mayo de 2006 y mayo de 2007 el sector de CC prácticamente triplicó la cantidad de empleados dedicados a la exportación, pasando de 7.000 a 20.000 empleados trabajando en CC offshore (Convergencia, 2007). Unos años antes, cuando el peso argentino comenzó su devaluación frente al dólar y la Argentina ganó en competitividad en términos relativos, las posiciones ocupadas en los CC offshore alcanzaron un pico del 58% sobre el total de las posiciones existentes en 2003; las campañas offshore correspondían el 68% a Estados Unidos, el 24% a España y el 8% a América Latina (Datamonitor, 2004). En comparación, Chile tenía en ese año un 20% de las posiciones offshore y Colombia todavía menos (15%).

4.1 Relocalización y desterritorialización: nuevas plataformas de call centers En relación con el tema de los beneficios para la radicación de CC, existen coincidencias entre la posición de la ACAC y la perspectiva que tienen sobre el tema los gerentes de las grandes ETCC.

Sin excepciones, los actores del sector plantearon en algún momento la necesidad de contar con políticas de incentivos y de beneficios para promover la actividad. Concretamente, la demanda se expresó poniendo en el lugar del interlocutor al gobierno nacional (un plan nacional de promoción de la actividad) y a los gobiernos provinciales, y contemplaba los siguientes aspectos: i) programas de promociones

que representen subsidios directos para la instalación y operación; ii) exenciones impositivas; iii) financiación de programas de capacitación y, iv) reducción de tarifas en servicios públicos de electricidad y comunicaciones. Esta sería, entonces, una reivindicación sectorial evidentemente compartida.

Hay otro elemento destacable que hace a la estrategia de las ETCC para encarar una etapa de retroceso de la exportación de servicios. Sin esperar la concreción de una política nacional de incentivos, el sector reaccionó con una lógica económica que le es característica.

Según se ha señalado ya, las estrategias de tercerización y de deslocalización son el motor de la expansión de los CC y la forma que tiene la actividad de asegurarse flexibilidad en términos de gestión y de retribución de la fuerza de trabajo. Durante el año 2008, las empresas tercerizadoras profundizaron su política de desterritorialización de CC abriendo nuevas plataformas en localizaciones con menores costos, en el interior del país. Cuando se trataba de algunas de las grandes empresas del sector, las compañías señalaron que habían encarado la creación de nuevas plataformas de CC en distintas provincias argentinas.

Con anterioridad a las iniciativas que vamos a presentar a continuación, fue Córdoba la primera provincia argentina que otorgó en 2002 beneficios fiscales a la actividad para captar las inversiones del sector. Las ciudades que lideran y concentran la localización de CC han sido hasta ahora Buenos Aires, Córdoba y Rosario.

En esas tres ciudades se concentró el 85% de la actividad de los CC tercerizados. A fines de 2008, Córdoba era la provincia desde donde operaban las multinacionales más grandes del sector: ApexSykes, ACS-Multivoice (ex Multivoice), Allus (ex Action Line Córdoba) y

Jazzplat, concentran sus actividades en Córdoba; también tienen CC en esa provincia Teleperformance, Actionline Buenos Aires y TeleTech.

Es en Tucumán donde se registró recientemente la expansión más llamativa en términos de localización de plataformas de CC tercerizados. Mientras que a finales de 2007 no había ningún CC instalado en la provincia, en junio de 2008 Teleperformance abrió una plataforma con 200 posiciones atraída por la oferta de la provincia de facilitar espacio físico, pagar el alquiler y asumir el 30% del subsidio en los sueldos del primer año y el 20% en los siguientes tres años. También suscribieron acuerdos para localizarse en la provincia Actionline Buenos Aires (Sur Contact Center) y Atento, que ya abrieron plataformas de CC en Tucumán.

Por su parte, en la provincia de Chaco el Ministerio de Economía también encaró gestiones para concretar la radicación de ETCC. A finales de 2007 la provincia de Mendoza también se sumó a esa estrategia de incentivo de inversiones. En febrero de 2008, la provincia de Buenos Aires sancionó una nueva Ley de Promoción Industrial que contempla exenciones impositivas para PyME y nuevos emprendimientos industriales incluye en sus incentivos a quienes construyen parques industriales y otorga agilidad en los mecanismos de acceso a esos beneficios que se extienden desde un mínimo de tres a un máximo de diez años. A finales de 2008, San Luis se sumó a las provincias con políticas de exención de impuestos y reducción de costos laborales para CC. Además de un grupo de ventajas generales por instalación en la zona franca provincial, se otorgaron una serie de beneficios enmarcados en la ley provincial de beneficios a los call centers.

Con las (re) localizaciones en el interior, las ETCC consiguen el objetivo de reducir sustancialmente los costos pero, además, escapan

al proceso de saturación de los centros urbanos –Buenos Aires, Córdoba– donde la competencia entre empresas por la mano de obra y los índices de rotación de los agentes (trabajadores que no volverían a repetir la experiencia de trabajar en un CC) comenzaron a traducirse en escasez de recursos humanos. No sólo se aprovechan los subsidios a la creación de empleos, sino también los nuevos nichos no explotados de jóvenes estudiantes por ejemplo, en Tucumán hay alrededor de 70.000 estudiantes repartidos en tres universidades. También en otros nichos de empleo, en casos como el de San Luis, el mayor incentivo está puesto en la contratación de beneficiarios de planes sociales en situación de vulnerabilidad (la provincia sigue aportando el 100% del monto del plan) y de desocupados.

Queremos destacar entonces, como una de las conclusiones más claras de nuestro estudio, la tendencia que caracteriza el desarrollo reciente de los CC tercerizados en la Argentina: la localización de las plataformas de CC en zonas que aseguran una importante reducción de costos y el aprovechamiento de las ventajas comparativas derivadas de la segmentación del mercado de trabajo local en función del lugar escogido para la localización de los CC accediendo a nichos de: jóvenes estudiantes, desocupados, mujeres mayores de 40 años, beneficiarios de planes sociales. Según hemos visto, esta estrategia de movilidad cuenta con el respaldo de programas de incentivos provinciales orientados a la creación de empleos.

5. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

5.1 TIPO DE ESTUDIO: Observación descriptiva, y analítico retrospectivo

5.2 UNIDAD DE ANÁLISIS: comunicación electrónica (en los servicios de salud)

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Lugar en donde se ha desarrollado el objeto de estudio:

Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica S.A, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. República Argentina: GEDYT S.A 35

Muestra: intencional (GEDYT S.A) ya que se trató de tomar los casos que se han presentado respecto a los patrones de **La administración del contact center basada en la relación con los clientes**, en el período de tiempo correspondiente a Enero de 2012 a Noviembre de 2012.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE CONTENIDOS³⁶

35 Se amplían sus características básicas en el Anexo I del presente proyecto de Investigación.

36 YA QUE LA MUESTRA ES INTENCIONAL Y NO SE GENERALIZARÁ.

5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Selección de documentos y artículos relevantes, estableciendo como primer criterio de inclusión, aquellos en español e inglés (con su correspondiente traducción) cuyos contenidos reflejaban la descripción, implementación o experiencia sobre la práctica basada en la evidencia orientada hacia el área de influencia de la Administración de Servicios de Salud y Marketing, sobre el objeto de estudio. Un segundo criterio de inclusión fueron aquellos documentos que aportasen datos sobre los orígenes, antecedentes y evolución del paradigma de la evidencia científica en el área del comercio electrónico en el sistema de salud articulando luego con el caso lugar de estudio.

5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Documentos y artículos no recientes y que no refieran relación alguna con el comercio electrónico y la fidelización de clientes, y que a su vez no estén basados en la evidencia. Ningún otro lugar de estudio

5.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Metodologías Estratégicas: Cualitativa y cuantitativa.

Técnica: Análisis de documentos.

Instrumento: Protocolos de análisis de documentos generales (y formatos de documentos comerciales y administrativo-contables),y

particulares (trípticos, e-mails informativos, etc.) de la Empresa Gedyt S.A.

Técnica: Encuestas semiestructuradas de satisfacción sobre el objeto de estudio.

Instrumento: Cuestionario semi estructurado.

Se realizaron tres pruebas piloto de los instrumentos (previa salida de relevamiento del terreno).

5.6 FUENTES DE INFORMACIÓN

5.6.1 PRIMARIAS

De elaboración propia, en función a los resultantes de lo relevado.

5.6.2 SECUNDARIAS

Bibliografía, producciones textuales, sitios web, etc.

Información proveniente del GEDYT S.A. Gastroenterología
Diagnóstica y Terapéutica

5.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se realizó el procesamiento de la información mediante programas: SPSS (cuantitativo) y Atlas Ti (cualitativo).

5.8 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información se ha analizado teniendo presente que las variables han sido cuantitativas y cualitativas, empleándose una estadística descriptiva, con el programa Microsoft Excel o SPSS, con tablas y gráficos que representan los datos recolectados; y word/Atlas ti. Sus resultantes han sido analizados articulando con los contenidos bibliográficos (fuentes secundarias).

1. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El investigador se hizo responsable de las mínimas molestias que se ocasionaron en el lugar caso de estudios y sus informantes calificados paciente durante la investigación, ya que se ha necesitado realizar encuestas y relevamientos específicos.

Para ello, se ha entregado un instrumento de Información sobre el estudio abordado y se ha obtenido la aceptación del mismo para ser objeto de estudio en esta investigación.

6. CARACTERIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO GEDYT S.A

6.1 Marketing y Comunicación Gedyt

En la actualidad la estructura de Gedyt S.A cuenta con un departamento de Marketing y Comunicación Integrado, dirigido por Agustín Caro, Jefe de Comunicación & Marketing en gastroenterología diagnóstica y terapéutica. El departamento se encarga de unificar las plataformas que tiene la institución, en lo relacionado a la interacción con el cliente, entrelazando y mezclando subprocesos para que el trato con el paciente sea lo más efectivo y cálido posible.

Por lo tanto la página web, el Call center y todo el material impreso (Material Pop, Folletería, tarjetas personales, papeles, etc.) se concentró, en este departamento. Es una ventaja poder tener un único tono de mensaje con respecto de la empresa hacia el paciente. En todo lo que tiene que ver con material gráfico, Gedyt S.A cuenta con el outsourcing (servicio tercerizado) que sirve como interlocutor con un estudio gráfico, que se encarga de traducir las necesidades de la empresa, con el diseñador gráfico.

La empresa posee un manual que contiene desde tipografía y colores, hasta la utilización de logos e isologos, que también corresponde a esta consultora de diseño gráfico.

6.2 Manejo Web

En relación con el manejo Web, Gedyt S.A tiene programadores externos, y otro grupo de personas (Consultora) que se encargan de ser el nexo entre Gedyt S.A y la empresa informática encargada del

manejo del portal institucional. Todas las empresas convergen al mismo sector y relacionado con el Call Center que es el 3er Pilar de comunicación con el cliente. El Host está a cargo de eolo.dattaweb.com.³⁷

6.3 Call Center

1. Capacitación Del Personal

El área del Contact Center está a cargo de Sandra Door, Jefe de Gestión Y Calidad /Atención al Paciente en Gedyt S.A. Según entrevista con la encargada del área cuando ingresa un operador la empresa realiza una capacitación orientada a la parte técnica. Debido a que la empresa es un centro médico, que no vende productos, sino que ofrece servicios específicos en diagnóstico y terapéutica. Por tanto se capacita a los operadores en cuanto a la información que debe dar al paciente para poder asignar un turno. Se instruye en el proceso del turno, los requerimientos del mismo y el sistema para la asignación de la cita. Después, se hace escuchar al mismo con otro operador, para que comience a tener en cuenta como se realiza el manejo con el usuario. El operador que atiende le muestra como funciona el sistema, el manejo de las órdenes y el procedimiento a seguir para la entrega del turno necesitado por el paciente.

En el siguiente estado, el nuevo operador toma las llamadas, con el respaldo de un operador supervisor (coaching o entrenamiento), para poder corregir las falencias que se presenten en la atención.

³⁷ <http://www.cuwhois.com/info/www.gedyt.com.ar>

Depende de la velocidad de aprendizaje, se opta por darle libertad a los nuevos operadores, de tomar nuevas llamadas por su cuenta y darle el curso al trato con el paciente y la asignación de las citas. Mantienen 3 meses de prueba, debido a la gran cantidad de información que deben manejar en un corto lapso de tiempo, en lo relacionado con los procedimientos, la aclaración e interpretación de las órdenes que vienen por parte de los médicos, la introducción o carga de códigos pertinentes a los procedimientos que se van a asignar. Siempre los operadores cuentan con un supervisor que aclara las dudas que se presenten en casos particulares.

Una vez que el operador asume el cargo, existe un proceso de verificación a cargo de un supervisor, de las órdenes y la asignación de los procedimientos a los pacientes. Se separan las órdenes y se aplica una especie de auditoría, para verificar si se ha cargado un código erróneo. Si esto ocurre, se emite una preparación equivocada. Ej: Al paciente se le asignó una endoscopia simple y el operador cargo un procedimiento de Colon por enema con contraste, ocasionando que el paciente reciba la información de la preparación de un procedimiento que no es la correspondiente (El paciente toma un laxante que no necesitaba, lo que ocasiona molestias al mismo). Si esto ocurre se debe activar otro mecanismo de apoyo al paciente, presentando las disculpas del caso.

Con respecto a la atención, los operadores del Call Center de Gedyt S.A cuentan con un manual, en donde se encierran las pautas de la atención, y se comprenden los aspectos de la buena atención y contención al paciente, basándose en la multifactorialidad que encierra el grupo de personas que llaman a un servicio relacionado con el área de la salud (diferentes patologías, irritabilidad por parte de algunos pacientes, etc.). En caso de que el operador agote las opciones, en

cuanto al manejo del paciente, el mismo cuenta con un soporte que brindan tanto el supervisor del Call Center como el jefe del área.

Todos los estudios y procedimientos que se asignan tienen una preparación mínima de 24 horas y ésta se envía vía mail directamente, y 48 horas antes, se envía un correo recordatorio, lo que aplica tanto para las consultas como para los exámenes diagnósticos. Adicionalmente todos los estudios se llaman vía telefónica 24 horas, para confirmar el turno, y asimismo aclarar cualquier duda que se presente del mismo.

Es importante destacar, que a medida que el operario del Call Center adquiere experiencia en el manejo del paciente, es obligatorio asistir a por lo menos a un procedimiento (Ej: Video endoscopía baja o alta), con la finalidad de que entiendan que procedimientos se realizan dentro de la institución. Acompañado a esto, el Staff del Contact Center tiene una charla con el Jefe de Endoscopía, en donde el médico les explica en que consiste cada estudio, que se necesita para el mismo, donde se hace, etc., dándole una idea general de lo que está escrito en el manual de procedimientos del Contact Center de Gedyt S.A. En relación a esto, el grupo de anestesiología también da una charla al grupo involucrado con el fin de entender a los pacientes en lo respectivo al miedo a la anestesia dentro de los procedimientos.

Cabe la aclaración de que el personal del Call Center no está autorizado a dar información médica, pero si explicar al paciente el procedimiento a fin de tranquilizar al paciente.

Todo esto está encausado a un circuito del paciente, que está orientado a la certificación ISO9001-2008, certificación de la cual, goza la institución.

6.4 Capacitación Constante.

Debido a la adquisición de nuevas tecnologías por parte del Instituto, como por ejemplo, la entrada actual de nuevos estudios Ecográficos, el personal está en constante actualización, debido al cuidado que se debe tener en la recepción de las órdenes y la respectiva preparación del paciente. Cada servicio nuevo que se ingresa, se controla cada vez con más énfasis debido a que las indicaciones cambian constantemente.

Ocasionalmente también los encargados del Área, realizan una especie de tarea al estilo Mystery Shopper (Comprador Misterioso) para evaluar el desempeño de los operadores del Contact Center de Gedyt. S.A.

6.5 Atención al Paciente.

Con respecto a este ítem, el personal del Contact Center de Gedyt S.A, está capacitado para dar una atención oportuna, veraz y amable a las dudas y requerimientos de los usuarios que necesiten acceder a los servicios de la Institución. Es importante destacar que el operador del Call Center de Gedyt S.A, está entrenado en el manejo de situaciones estresantes que van de la mano con las relaciones interpersonales, en el caso de pacientes categorizados como “difíciles” en el trato, orientando a los mismos en la resolución de los inconvenientes que se presenten (irritabilidad de la persona, órdenes

no adecuadas, recepción por parte del paciente de la información relacionada con la preparación).

Existen casos en que los pacientes, por su edad y nivel de instrucción, no comprenden que la institución necesita hacerles llegar vía mail o fax, de un brochure o elemento informativo que contiene la explicación del estudio a aplicar y su respectiva preparación. Es por ello que el personal está capacitado para orientar sobre esta problemática. Si el paciente no posee dirección de correo electrónico o fax, el envío de la información se realiza a un familiar cercano o en el caso de no existir esta posibilidad, se insta al paciente a asistir personalmente a la sede, para hacer entrega de esta información. Cabe destacar que Gedyt S.A no entrega este tipo de indicaciones vía telefónica, ya que se corre el riesgo de que el usuario omita involuntariamente alguna indicación y por ende, se afecte el desenvolvimiento del examen diagnóstico.

7 CONCLUSIONES

La fidelización del cliente mediante las Tecnologías de Comunicación e información en la Salud, juegan un papel importante en el proceso de la mejora continua en calidad de la salud del Paciente. Estas Tecnologías pueden proveer influencias correctivas o de mejoramiento y son diseñadas y ajustadas de acuerdo con los requerimientos específicos y únicos de cada Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Los programas de fidelización de clientes también pueden ser completados con rutinas apropiadas de contacto directo y actividades que promuevan el acceso total y oportuno del usuario al servicio que necesita. Las Tecnologías De Comunicación e Información solas no producen la adherencia total del cliente a un servicio o institución dada. Es la astuta combinación de el uso de los medios electrónicos por medio del comportamiento de los elementos de comunicación y los programas de recursos humanos y de capacitación, lo que forma la base de las técnicas de fidelización de los pacientes de los Servicios de Salud.

Se pudo determinar de manera fehaciente la calidad de la relación Servicio / Cliente en lo relacionado al comercio electrónico como estrategia de fidelización de usuarios en los servicios de salud, estableciendo en este caso como estudio las estrategias empleadas por Gedyt S.A orientadas a lo comprendido entre Empresa-Cliente/ Cliente –Empresa.

Es también de resaltar la importancia de los servicios informáticos electrónicos en el acercamiento de la empresa al cliente, actuando de esta manera sobre los procesos de mejora continua de la empresa.

De igual forma cabe destacar el avance en los factores de calidad y de relación servicio/cliente obtenida dentro del marco de uso de las mejoras tecnológicas en comercio electrónico, que repercutió directamente en la satisfacción del usuario de los servicios de salud.

ANEXOS

ANEXO I (Base Sitio web de GEDYT S.A.)

Características Básicas de la empresa –lugar de estudio del objeto de Tesis-

Lugar del Caso de estudio:

GEDYT S.A.

Centro líder, de referencia en Gastroenterología y Endoscopia dedicado a la prevención y atención de pacientes con enfermedades digestivas, a la capacitación de especialistas, en un marco de permanente actualización tecnológica y científica, formador de indicadores y normas de la especialidad, manteniendo su actividad dentro de los parámetros éticos y dignos, para los pacientes y para todos los integrantes de la Institución.

Tel: 011 5288 6100 y líneas rotativas

Sitio web: www.gedyt.com.ar

Belgrano: Virrey del Pino 2458, 4° "B"

(C1426EGR) CA de BsAs

E-mail: gedytbelgrano@gedyt.com.ar

Barrio Norte: Azcuénaga 1275

(C1115AAI) CA de BsAs

E-mail: gedytbarrionorte@gedyt.com.ar

Beruti 2347 PB "A"

(C1117AAA) CA de BsAs

E-mail: gedytbarrionorte@gedyt.com.ar

Caballito: Leopoldo Marechal 1070

(C1405BMF) CA de BsAs

E-mail: gedytcaballito@gedyt.com.ar

Lugares para **GEDYT SA** cerca de **Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires**



[Gedyt Sa](https://plus.google.com)
plus.google.com

1. Cobertura:

- AMCI – OSPOCE (Asociación Mutual de Control Integral)
- ANDAR

- Centro Médico Pueyrredón**
- COMEI (Caja de Seguridad de Odontólogos de Buenos Aires)**
- Galeno**
- Luis Pasteur**
- MAPFRE SALUD**
- MEDICAL'S**
- Medicus**
- Medifé**
- Minerva**
- Omint**
- Omint CS Salud (ex Consolidar)**
- OSDE**
- Obra Social del Poder Judicial de la Nación**
- OSDIPP**
- Osecac**
- Osmecon Sami (Circ. Médico Matanza)**
- OSMITA**
- OSPOCE Integral**
- OSSEG**
- OSTECF**
- Programa de Salud**
- SADAIC (Sociedad Argentina de Autores y Compositores de Música)**

- **Servesalud (Obra Social de Dirección)**
- **SIMECO (Sistema Médico Consejo)**
- **Swiss Medical Group - Docthos**
- **APSOT (Asociación del personal de la organización techint) / FSST (Fundación servicio social techint)**

1. ¿Quiénes son?

2. Directores:

3. Dr. Luis Caro

4. Dr. Cecilio Cerisoli

5. Dr. Alfredo Parietti

Con el objetivo de optimizar la calidad de atención en la especialidad que brindamos, desde hace más de 12 años, hemos inaugurado este Centro de Gastroenterología cuyas características edilicias se encuentran diseñadas específicamente para ese fin.

Como equipo de trabajo constituimos un grupo de profesionales especializados y comprometidos con los estándares de calidad.

Nos orientamos hacia el logro de la satisfacción del paciente, a través de procesos que hacen que nuestra forma de vida se centre en valores de flexibilidad y apertura a los cambios.

Gedyt cuenta con amplias y modernas instalaciones destinadas, exclusivamente, a la atención médica.

VISIÓN

Ser un Centro líder, de referencia en Gastroenterología y Endoscopia, dedicado a la prevención y atención de pacientes con enfermedades digestivas, a la capacitación de especialistas, en un marco de permanente actualización tecnológica y científica, formador de indicadores y normas de la especialidad, manteniendo su actividad dentro de los parámetros éticos y dignos, para los pacientes y para todos los integrantes de la Institución.

MISIÓN

Brindar un servicio de asistencia médica de vanguardia, adecuado a las necesidades de nuestros pacientes y clientes, con la más alta calidad de prestación, desarrollando una clara vocación docente y una decidida intención de fortalecer la investigación clínica dentro de las normas de bioética.

VALORES

- Respeto por la vida y la condición humana.

- Actitud y vocación de servicio.
- Observación de la ética profesional.
- Compromiso con la capacitación y formación docente.
- Desarrollo de protocolos de investigación científica-clínica.
- Creación de un entorno laboral agradable.
- Respeto y observación del marco legal vigente.
- Competir con dignidad.

ESTUDIOS Y PREPARACIONES

1. Estudios y Preparaciones
 1. Colonoscopia (videocolonoscopía, fibrocolonoscopia, endoscopia baja, VCC)
 1. Fosfo-Dom Kit
 2. Barex Kit
 3. Fosfo-Dom
 4. Barex
 2. Endoscopia Digestiva Alta (videoendoscopia, VEDA, VEDG o esofagogastroduodenoscopia)
 3. Ecoendoscopias
 4. Videorectosigmoideoscopia (también conocida como videoscopia rectal o VRSC)
 5. Videocapsula Endoscópica
 6. Biofeedback

CALIDAD Y TECNOLOGÍA

CALIDAD

Las características de nuestro trabajo merecen un lugar especializado en la gestión médica y administrativa, exclusiva para el beneficio de nuestros pacientes. Nos sentimos orgullosos de formar un Centro de Gastroenterología y Endoscopía Ambulatoria, que es una unidad única para el paciente en la atención integral y que está al nivel de los mejores centros del mundo.

Grupo para la Gestión Interna y Calidad (GGIYCAL)

Gedyt S.A es una Institución que asume el compromiso de superar las expectativas de nuestros pacientes-clientes, garantizando nuestros servicios en todas sus etapas asistenciales y de equipamiento, metodología e insumos, que son monitorizadas en forma tal que permiten la mejora continua de los mismos.

Siendo reconocidos como líderes en el mercado de la salud, nuestra política de calidad busca:

- Satisfacer a nuestros clientes: pacientes, médicos derivadores y financiadores.
- Mantener y acrecentar el prestigio adquirido en el área de la gastroenterología nacional e internacional.
- Aumentar la eficiencia de nuestra Institución.

MIEMBROS

Walter Lenzi

(Responsable ISO por la Dirección)

Irene Banchemo

(Calidad y Auditoría Médica)

Laura La Femina

(Auditoría ISO)

Sandra Door

(Jefatura Call Center)

Lucía Falabella

(Gerencia Control Interno)

Vanesa Gomez

(Jefatura Asistentes de Endoscopía)

Ricardo Figueredo

(Coordinación Médica en Sede)

José Tawil

(Coordinación Médica en Consultorios)

Elizabeth Dawson

(Jefatura Recepciones)

TECNOLOGÍA



Equipamiento endoscópico de alta generación Olympus

Gedyt S.A actualmente cuenta con equipamiento endoscópico de alta generación marca Olympus, empresa líder en el mundo en este tipo de instrumental médico. Disponemos de 10 salas totalmente equipadas

entre sedes propias y otros centros de medicina ambulatoria, clínicas y sanatorios de Buenos Aires.

Cada una de esas salas cuenta con una torre de instrumental integradas por procesadores de imágenes de las series Exera, Exera II y 140, fuente de luz, monitores de alta calidad, fuentes de electrocoagulación y endoscopios propiamente dichos de las series 130, 140, 145, 150, 160 y 180. Estos últimos con función de magnificación de imágenes y sistema NBI (Narrow Band Image) que permiten un sistema de tinción electrónica para resaltar detalles mucosos y diferenciar e identificar lesiones de mayor riesgo.

Contamos también con un equipo de ecoendoscopia Olympus, serie UM30, que tiene como función la visualización de lesiones profundas del tubo digestivo y de otros órganos abdominales y del tórax, a través de un sistema ecográfico montado en el extremo del endoscopio. También permite, en ciertas circunstancias, la realización de punciones con fines diagnósticos y terapéuticos.

Asimismo, contamos con un equipo de electrocoagulación con Argón Plasma. Este instrumento se acopla a una sonda, que va por dentro del canal del endoscopio y que en su extremo suelta una milimétrica llama que surge de la combinación de un gas y una chispa eléctrica, permitiendo, entre otras cosas, el tratamiento de ciertas anomalías vasculares, coagulación de lesiones sangrantes, recanalizar tumores del tubo digestivo y complementar la extirpación de pólipos.

Los endoscopios convencionales, para la realización de endoscopia digestiva alta y videocolonoscopia, no permiten la visualización de importantes sectores del intestino delgado. Por ello, en los últimos años, se han desarrollado distintos métodos de enteroscopia, para explorar sectores oscuros. Gedyt S.A ha incorporado, recientemente, la enteroscopia de simple balón, también de marca Olympus, que a través de un sobre tubo que va montado por encima del tubo del endoscopio, con un dispositivo que permite inflar y desinflar un balón, facilita la progresión por dentro del intestino delgado, también con fines diagnósticos y terapéuticos.

Otro método para el estudio del intestino delgado, también disponible en nuestro centro, es la videocápsula. Como su palabra lo indica, se trata de una cápsula que tiene dos cámaras fotográficas con capacidad de tomar una gran cantidad de imágenes mientras la misma va recorriendo el intestino. Esas imágenes se registran en un pequeño artefacto que el paciente lleva como una cartera, por unas 6 a 8 horas. Luego, se conecta este aparato a una computadora que procesa las mismas y las compacta en una especie de video del recorrido de la cápsula por todo el intestino. Actualmente se están diseñando algunas variantes para esófago y colon.

SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO PERSONALIZADO

En la modalidad que utilizamos para la atención de nuestros pacientes, enfatizamos el permanente seguimiento de la misma: antes, durante y después.

Previamente al inicio del procedimiento, ofrecemos una planilla para obtener información completa del paciente y realizar su historial clínico, en lo que a la especialidad respecta. Esto se complementa con la entrega de un folleto explicativo del procedimiento y la alternativa de solicitar una entrevista personal, en la cual puede consultar con los médicos acerca de todas sus inquietudes.

Durante el procedimiento, contamos con una sala especialmente destinada a la recuperación del paciente, quién está permanentemente

asistido por profesionales médicos y asistentes técnicos, altamente capacitados, en el que pueden permanecer con algún familiar hasta ser dado de alta.

En el momento del alta médico, el paciente se retira con una planilla de instrucciones en la que cuenta con un número de teléfono, a los efectos de que pueda realizar cualquier tipo de consulta en forma personalizada, en caso de ser necesario. Asimismo, contamos con un sistema de seguimiento telefónico.

En todos nuestros procesos utilizamos equipamiento de última generación y bajo normas específicas de seguridad, establecidas por las instituciones más acreditadas de sus correspondientes ámbitos, como ser: Federación Argentina de Asociaciones de Anestesiología-Instituto de Racionalización Argentino de Materiales y American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Las características de las prestaciones realizadas se ajustan a los estándares internacionales definidos por los Centros de Endoscopia Ambulatoria: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (USA) y Accreditation Association for Ambulatory Health Care (USA).

Correspondiendo a la búsqueda de calidad en nuestros servicios, desarrollamos procedimientos de limpieza y desinfección de alto nivel, con un cuidado especial en cada una de sus etapas: desde la prelimpieza, seguido de la prueba de fuga, la limpieza, el lavado de la funda del alambre elevador, la desinfección, el enjuague y el secado, hasta el almacenamiento, en donde incorporamos la utilización de prefiltros y filtros de agua especializados para eliminar todo riesgo de permanencia de cualquier virus ó bacteria hasta el final del proceso.

BIOSEGURIDAD

Tenemos un riguroso control de la desinfección de los equipos, denominada: “Desinfección de Alto Nivel”.

Somos un equipo consustancial con esta modalidad de desinfección, siendo invitados, asiduamente, a exponer sobre el tema en Congresos de la especialidad.

2. COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Gedyt hace hincapié en la docencia y la investigación, motivo por el cual ha creado su propio Comité, interesado en el desarrollo de la educación de sus miembros y haciendo extensivo su conocimiento.

Es un centro cuyo objetivo es la asistencia médica, el desarrollo y promoción de la docencia y la investigación biomédica, investigación básica, clínica, fármaco-clínica y epidemiológica.

3. COMITÉ DE BIOÉTICA

El Comité de bioética de Gedyt S.A es un órgano asesor y de control, establecido por el Directorio, creado conforme los objetivos de la Institución, entre ellos: la promoción y desarrollo de la investigación científica en gastroenterología y endoscopía digestiva, apoyando, preferentemente, la investigación biomédica en las áreas

clínicas, básicas, experimentales, epidemiológicas y fármaco-clínicas; y de la medicina en general; la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

CONTACTO

TELÉFONO

011 5288 6100 y líneas rotativas.

De lunes a viernes de 8 a 20 horas.

E-MAIL

- gedytbarrionorte@gedyt.com.ar
- gedytbelgrano@gedyt.com.ar
- gedytcaballito@gedyt.com.ar

LOS CENTROS ATIENDEN EN:

Beruti 2347 P.B. "A" - (C1117AAA) C. A. B. A.

De lunes a viernes de 8 a 20 horas.

Azcúenaga 1275 - (C1115AAI) C. A. B. A.

De lunes a viernes de 8 a 20 horas y sábados de 8 a 13 horas.

Virrey del Pino 2458, 4° "B" - (C1426EGR) C. A. B. A.

De lunes a viernes de 8 a 20 horas.

Leopoldo Marechal 1070 - (C1405BMF) C. A. B. A.

De lunes a viernes de 8 a 19 horas.



Ecoendoscopia

- ¿En qué consiste?
- ¿Cuál es su preparación?
- Instrucciones adicionales
 - La anestesia



Preguntas frecuentes

¿Qué es la endoscopia, también conocida como videoendoscopia, endoscopia digestiva alta, VEDA, VEDG o esofagogastroduodenoscopia?

Es un procedimiento endoscópico que permite examinar la cara interna de la parte alta del tracto gastrointestinal, compuesto por el esófago, el estómago y el duodeno. Se utiliza un tubo delgado y flexible llamado endoscopio, que posee una lente propia y cámara de televisión integrada a un circuito computarizado digital. El mismo es colocado por la boca para la visualización de la mucosa y/o la grabación del estudio para su archivo y la toma de fotos (si fuera necesario ante la presencia de alguna patología).

¿Por qué se realiza?

Generalmente se hace para evaluar síntomas de dolor abdominal, náuseas, acidez, ardor, vómitos o dificultad para deglutir. Es el mejor examen para hallar la causa de sangrado del tracto gastrointestinal superior. Es más precisa que los rayos X en la detección de inflamación, úlceras y estadios iniciales de tumores de esófago, estómago y duodeno, permitiendo, además, distinguir entre condiciones benignas y malignas, realizando biopsias (pequeñas muestras de tejidos) de las áreas sospechosas. Aunque las biopsias también se toman por otras causas, tal como detectar un microorganismo (*Helicobacter Pylori*), responsable de un porcentaje alto de úlceras duodenales, gastritis y/o sintomatologías de acidez o ardor.

¿Qué preparación requiere?

Para un examen óptimo, seguro, preciso y completo, el estómago debe estar completamente vacío. No debe comer sólidos durante ocho horas. Solamente puede tomar agua o té claro, hasta tres horas antes del estudio. Recuerde consultar con su médico de cabecera si

debe modificar su medicación habitual antes del procedimiento. Principalmente si es alérgico a algún fármaco, si toma aspirinas o anticoagulantes o si tiene alguna enfermedad importante que pudiera requerir atención especial.

Si es diabético, puede ingerir un caramelo ácido y disolverlo en la boca hasta una hora antes del estudio. Si se trata con insulina, deberá comentarlo con su médico de cabecera.

Por favor, tenga presente que si no cumple cuidadosamente las instrucciones, es posible que el estudio deba ser reprogramado.

¿Qué sucede durante la endoscopia?

Se lo ubica cómodamente sobre su costado izquierdo y se le introduce el endoscopio por la boca, que pasa del esófago al estómago y al duodeno. Tenga presente que el endoscopio no interfiere con su respiración durante el examen. El estudio dura entre 20 y 30 minutos, aproximadamente. En algunos casos, el paso del endoscopio a lo largo de la totalidad del tracto digestivo no puede lograrse por razones técnicas. En este caso, el médico decidirá si este examen es suficiente o si requiere complementarlo con otro procedimiento.

La endoscopia es realizada con el apoyo de técnicas anestésicas, administradas por médicos anestesiólogos con el objeto de brindar confort al paciente, facilitar las maniobras del médico endoscopista y permitir una excelente tolerancia al estudio. Estas técnicas permiten una rápida recuperación y deambulación, aunque exige estar acompañado para retirarse, no ingerir alcohol y no conducir por doce horas.

¿Qué ocurre después?

Luego de realizado el procedimiento, el paciente aguardará en la habitación de recuperación unos 15 ó

La anestesia

Esa práctica médica desconocida

Para la gran mayoría de las personas, visitar al médico es un motivo de preocupación; una de esas experiencias que casi todos preferimos evitar, aunque sólo se trate de una rutina. El temor a que el resultado de los exámenes no sea satisfactorio, está siempre latente.

El miedo suele comenzar, e incrementarse notablemente, cuando llega el momento de recibir anestesia. Si bien las causas del temor son varias, sin duda, una de las principales es el desconocimiento sobre qué es la anestesia.

Un factor que contribuye a ello es la difusión mediática de los infrecuentes casos en que la administración de la misma tuvo consecuencias adversas, porque quienes dan a conocer estos datos, rara vez toman en cuenta las miles y miles de anestias realizadas por año en el país, cuyos resultados son exitosos.

En la década del 60, la posibilidad de tener un problema serio durante la anestesia, era de un caso cada 10.000. Hoy, ese riesgo ha disminuido notablemente a uno cada 200.000. Veinte veces menos. Esto es porque, en los últimos años, se ha avanzado mucho sobre la seguridad en la especialidad.

En la actualidad, por ejemplo, la probabilidad de sufrir un accidente de tránsito es muchísimo mayor a que la de padecer algún inconveniente durante el acto anestésico.

Los cuidados anestésicos y el confort que ofrecen las técnicas modernas, se han convertido en una clave de avanzada en el desarrollo de las prestaciones ambulatorias en todo el mundo.

Nuestra técnica de anestesia

Al paciente se le provee un cuestionario, que debe completar a fin de evaluar su estado de salud, un consentimiento informado, y este folleto, que explica las características del estudio y la preparación que deberá realizar.

Para los estudios y procedimientos terapéuticos que realizamos en Gedyt, el paciente recibe una técnica denominada sedación/analgesia profunda, cuyos estadios son considerados como una transición continua hacia la anestesia. Esto le permite dormir placenteramente durante el tiempo que dura el procedimiento endoscópico, despertando inmediatamente después de finalizado el mismo.

Nuestros médicos especialistas en anestesiología, altamente capacitados y entrenados en la práctica gastroenterológica con equipamiento de avanzada tecnología, como el que existe en Gedyt, se ocupan del cuidado anestésico monitorizando las variables fisiológicas del paciente durante los estudios, para hacerlos totalmente seguros y confortables.

La técnica de sedación/analgesia profunda que utilizamos en nuestros procedimientos, permite una rápida recuperación y deambulación sin efectos colaterales significativos, aunque siempre sugerimos venir acompañados.

Al finalizar, el paciente recibirá el resultado del procedimiento y un instructivo sobre las condiciones de alta institucional para el resto del día, con el objeto de facilitar nuestro control posterior.

De esta forma, en Gedyt, los médicos anestesiólogos y endoscopistas trabajamos en un experimentado equipo para realizar estudios endoscópicos ambulatorios efectivos, confortables y seguros para nuestros pacientes.

20 minutos, hasta que la mayoría de los efectos de la medicación hayan desaparecido. En ocasiones podría sentir molestias en la garganta por algunos minutos posteriores al estudio.

Antes de retirarse, se le entregará un sobre con las instrucciones de alta, donde encontrará la dieta a seguir y el resultado del estudio, aunque los resultados de una eventual biopsia o muestras extraídas, sólo serán conocidos al cabo de 10 días hábiles, aproximadamente.

¿Cuáles son las complicaciones posibles?

La endoscopia es un procedimiento seguro. Pueden presentarse complicaciones pero son inusuales cuando es realizada por médicos especializados y con entrenamiento permanente. El sitio de la biopsia o el lugar de donde se extrajo un pólipo podría sangrar. Generalmente, el sangrado es mínimo o inexistente y no tiene consecuencias. Excepcionalmente, deben implementarse otras medidas terapéuticas.

Algunos riesgos potenciales incluyen complicaciones debidas a enfermedades cardíacas o pulmonares. Las complicaciones mayores, como por ejemplo una perforación (laceración de la parte del tubo digestivo que pudiera requerir cirugía reparadora), son totalmente infrecuentes.

Signos de alarma:

.....
Fiebre

.....
Dificultad al tragar

.....
Dolor de garganta, pecho o abdominal

INSTRUCCIONES ADICIONALES

- Si bien no es un impedimento el estar embarazada, si lo está o cree estarlo, debe comunicárselo al médico que realizará el estudio.
- Recuerde que en Gedyt deberá completar un formulario de evaluación y firmar un consentimiento informado para realizar el examen.
- Como el procedimiento se realiza con el apoyo de técnicas anestésicas:

-Es condición indispensable que concurra acompañado para poder realizarse el estudio;

-No podrá manejar por doce horas.

Notas

* Debido a que la educación es parte importante del cuidado médico, se le provee este folleto para que esté preparado psicológica y físicamente para el estudio. Todas las cuestiones médicas y administrativas que le generen dudas, le serán aclaradas por nuestros médicos, anestesiólogos, asistentes y personal administrativo, que se encuentran altamente capacitados en su labor y le ayudarán a resolver sus inquietudes.

** Tenga en cuenta que ante una eventual demora en brindarle nuestros servicios, la misma corresponderá a la naturaleza del acto médico que realizamos (en ocasiones imprevistos) y a los esfuerzos que hacemos para brindar la mejor calidad de atención posible a cada uno de nuestros pacientes.

*** El acompañante de un paciente debe ser, sin excepción, mayor de 18 años. El paciente menor de edad (18 años) debe venir acompañado por uno de sus padres o un tutor.



Por favor, no olvide:

- Traer los últimos resultados de estudios y/o radiografías, si los tuviera.
- Traer la orden original y verificar la vigencia de la misma (30 días).
- Autorizar la orden en su obra social o medicina de prepaga.
- Traer la credencial de su obra social o medicina de prepaga.
- Cumplir estrictamente las indicaciones previas.

Barrio Norte

Beruti 2347 P.B. A (C1117AAA)

Azcúenaga 1275 (C1115AAI)

Belgrano

Virrey Olaguer y Feliú 2437 (C1426EBA)

Caballito

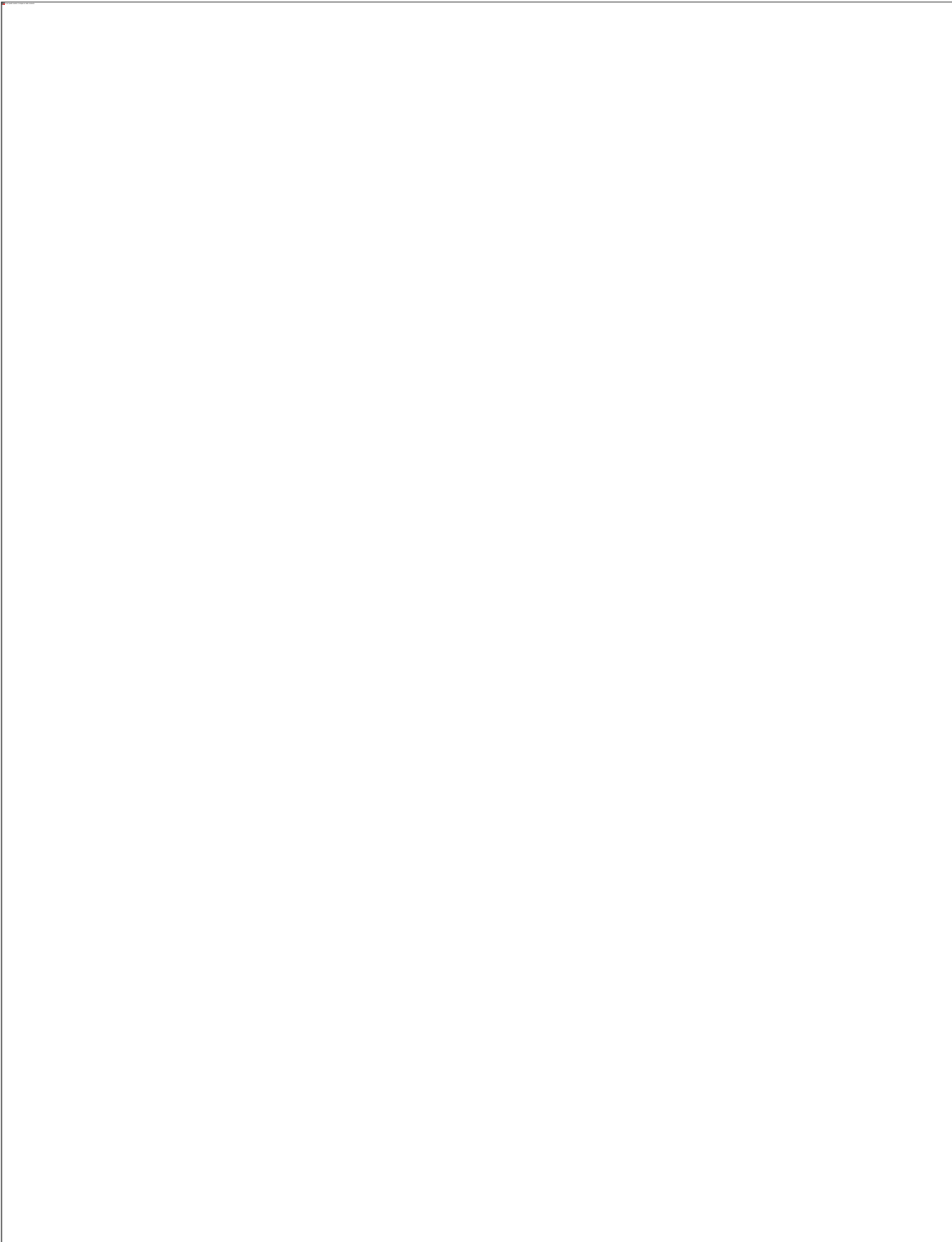
Leopoldo Marechal 1070 (C1405BMF)

Tel.: 011 5288 6100
www.gedyt.com.ar



Gedyt
Gastroenterología
Diagnóstica y Terapéutica

POLITICA DE CALIDAD



ANEXO II

GLOSARIO DE TERMINOS ESPECIFICOS RELACIONADOS CON CALL CENTERS/CONTACT CENTERS

ACD: Automatic Call Distributor. También llamado Distribuidor Automático de Llamadas. En el ámbito de Centros de Llamadas es un recurso de telefonía que administra las llamadas telefónicas (entrantes y salientes) y las distribuye a los Agentes, basándose en reglas y algoritmos configurables por el usuario, tales como Balanceo de Carga, basado en habilidades, etc.

El ACD tiene control del tiempo que utilizan los agentes en cada llamada.

AGENTE: También llamado Agente Telefónico, Ejecutivo Telefónico, Operador del Call / Contact Center. Es la persona encargada de atender las interacciones entrantes y/o salientes producidas en el Call / Contact Center.

ANI: Automatic Number Identification. Identificación Automática del Número (llamante) Servicio brindado por las compañías telefónicas mediante el cual al recibirse una llamada, se obtiene simultáneamente el número telefónico del cual proviene. Si se realiza una Base de datos de las llamadas entrantes los operadores pueden recibir una pantalla con información del llamador.

ANSWERING MACHINE DETECTION: Detección de la Máquina Contestadora. El marcador predictivo tiene que tomar una decisión instantánea cuando la llamada es contestada: Si enviar la llamada al operador o no. Si él escucha una voz, los cambios se realizan para que la llamada llegue al operador. La habilidad para detectar la diferencia entre una máquina contestadora y una persona real puede ser una gran diferencia de productividad.

ANSWERING SPEED AVERAGE -A.S.A-: Promedio de la Velocidad de Respuesta. Una estadística del ACD. Es el promedio de tiempo que el llamador espera en la línea antes de que su llamada sea contestada por un operador. Esta es una medida importante de nivel del servicio.

API: Interfaz para la programación de aplicaciones. Es un conjunto de funciones o métodos en los que se basan los programadores para acceder a cierta funcionalidad y/o para hacer compatible un programa con el Sistema Operativo. Uno de los ejemplos más conocidos en el ámbito de Call / Contact Center son las APIs para el manejo de telefonía del estándar TAPI.

AVERAGE CALL DURATION: Promedio de Duración de la Llamada. Es la cantidad de tiempo que se demora la llamada. Es el TMO conocido como el Tiempo Promedio que dura una Actividad.

ASR: Reconocimiento automático de voz. Capacidad de un Sistema para reconocer voz humana. En el ámbito de un Call / Contact Center tiene aplicaciones en el reconocimiento de comandos de voz donde el usuario interactúa con un IVR verbalizando sus opciones. También, en el mismo ámbito, permite la identificación del llamante a través de su

timbre de voz, sustituyendo o complementando al ingreso de una contraseña digitada.

B2B: Business-to-Business. Empresa a Empresa. Modalidad de comercio electrónico en el que las operaciones comerciales se realizan entre empresas (por ejemplo, una empresa y sus proveedores) y no con usuarios finales.

B2C: Business-To-Consumer. Empresa a Cliente, Empresa a Consumidor. Modalidad de comercio electrónico en el que las operaciones se realizan directamente entre las empresas y sus consumidores finales.

BACKBONE: Es una serie de líneas de alta velocidad o serie de conexiones que forman la principal vía dentro una red informática.

BACKOFFICE: Servicio de Gestión. Organización y procesos de la empresa en los que se basan las operaciones anteriores a la venta y las de posventa.

CALL BLASTING: Es una técnica de telecomunicaciones que distribuye mensajes pregrabados en forma masiva, a miles o a decenas de miles de receptores en forma simultánea.

CALL BLENDING: Intercambio automático de llamadas de entrada y de salida en un mismo Centro Telefónico. Combina los grupos, tradicionalmente separados, de operadores de llamadas recibidas y de llamadas realizadas en uno solo. Este sistema permite a los

operadores que reciben llamadas pasar automáticamente al modo exterior y viceversa. Optimiza el rendimiento de un Call / Contact Center reduciendo el tiempo ocioso de los agentes.

CALL CENTER: Centro de Llamadas. Un “Call Center” – también llamado Centro de Llamadas o Centros de Atención – es el departamento de una empresa en donde se atienden y procesan las comunicaciones telefónicas con los Clientes. Estos centros de atención telefónica están evolucionando constantemente desde distintos puntos de vista. Hoy en día no necesariamente se encuentran dentro de la misma compañía, sino que puede utilizarse los servicios de terceras empresas que cuentan con infraestructura para representarla ante su mercado en la ejecución y recepción de llamadas y otras actividades derivadas de las mismas (Outsourcing). El Call Center típicamente está conformado por un grupo de Operadores o Agentes que disponen de dispositivos telefónicos conectados a una central telefónica para atender llamadas entrantes (InBound) y también contactar a clientes actuales o potenciales (OutBound) y realizar promoción y ventas de productos o servicios, encuestas de opinión, etc.

CALLER ID: Identificación del número llamante. Característica de todos los teléfonos digitales (y algunos analógicos) de poder desplegar el nombre y/o número telefónico de la parte llamante en una interacción telefónica. La característica debe ser activada por la compañía telefónica. En el ámbito de Call Centers el Caller ID es utilizado para acceder a la información almacenada del usuario llamante.

CALL FLOW: Representación gráfica de un proceso que determina el ciclo de vida de una llamada en un Call Center. En el ámbito de Contact Center, el término es válido para todo tipo de interacciones.

CAMPAÑA: Unidad de trabajo de un Call / Contact Center constituida por el conjunto de parámetros, configuraciones y recursos asignados para la obtención de un objetivo de negocio. Definir una campaña, implica la asignación de: recursos humanos (agentes, supervisores, etc.), recursos de telefonía, horarios de validez, listados de contactos, guiones de diálogo, etc. Las campañas pueden clasificarse en entrantes (InBound) o salientes (OutBound) dependiendo de si es el usuario o la empresa quien inicia la interacción. Como ejemplo de las primeras se puede mencionar las campañas de soporte técnico, de asesoramiento o de consultas de cualquier tipo donde es el usuario quien contacta a la empresa. Como ejemplo de campañas salientes, dos de las más representativas son la Campaña de Cobranza y la Campaña de Televentas.

COLA DE SERVICIO: En el ámbito de un Call / Contact Center se refiere a una Agrupación de Agentes que funciona como una unidad operativa para el manejo de interacciones con los clientes.

CONTACT CENTER: Los “Contact Centers” resultan de la evolución de los “Call Centers”. Su nombre (Centro de Contactos) hace referencia al uso de múltiples canales de comunicación, para manejar todos los contactos que se establecen entre la empresa y el cliente, en lugar de procesar únicamente llamadas telefónicas. Los “Contact Centers” permiten ampliar los canales de comunicación incorporando, además del teléfono, otros medios tales como correo electrónico, chat, fax, correos de voz, web collaboration, Voz sobre IP, etc.

CRM: Customer Relationship Management. Gerenciamiento de las Relaciones con el Cliente. Es una filosofía empresarial orientada a optimizar las relaciones con sus clientes haciendo uso de los más diversos canales y tecnologías disponibles. Cada etapa de las relaciones cliente/empresa está almacenada en el sistema, de modo

que sea posible que los operadores tengan acceso a las informaciones referidas a las experiencias acumuladas de los clientes en todo momento teniendo siempre una visión de conjunto completa del mismo.

CTI: Computer & Telephony Integration. Integración de computación y telefonía. Software que permite al asesor recibir simultáneamente la llamada y los datos del usuario que llama en su pantalla. Tecnología integrada para hacer más eficiente la utilización de los recursos de un Call Center. Tiene varios objetivos: Ruteo y transferencia inteligente, liberación de recursos telefónicos e independencia del aparato telefónico.

DID: El servicio DID o “Discado directo entrante” permite acceder desde la red pública a un interno de la PBX. Para ello la red pública provee a la empresa de un número abreviado (usualmente de 4 dígitos), al que puede seguir cualquier número de interno de la PBX. Por ejemplo, si el número abreviado es 1234, y el número de interno es 555, desde la red pública se podrá discar 1234555, y la llamada será dirigida en forma automática al interno 555, sin intervención de la telefonista ni de ningún mensaje. En el servicio DID el número deseado (incluido el interno) se digita en forma completa, sin pausas y sin esperar mensajes. La central pública recoge todo el número, y mediante un protocolo de señalización con la PBX, le reenvía los últimos números correspondientes al interno. La PBX a su vez le informa a la central pública el estado del interno solicitado (libre, ocupado, fuera de servicio, etc.). La llamada es establecida en el momento en que el interno contesta.

DNIS: Dialed Number Identification Service. Servicio de identificación del número marcado. El Servicio de DNIS (“Dialed Number Identification Service”) se utiliza básicamente en centros de llamadas donde se brindan varios servicios atendidos por el mismo grupo de personas. Es un servicio telefónico que permite identificar el número marcado originalmente por el llamante cuando varios números acaban en un mismo circuito (troncal telefónico). El número marcado es pasado al dispositivo destino de la llamada el cual puede actuar en función de ese dato a la hora de enrutar, encolar o tratar la llamada en general. Se utiliza típicamente para dar un tratamiento diferenciado a los usuarios que llaman a un Call / Contact Center. Para la central pública, este servicio es idéntico al DID. Es decir, se publican 3 números (por ejemplo 1234555, 1234666 y 1234777) referidos a 3 diferentes servicios brindados por la empresa. Sin embargo, existe un único enlace, por donde la central pública le envía a la PBX los últimos dígitos marcados por el cliente. La PBX está configurada de manera tal que interprete estos dígitos como “servicios” y no como internos. De esta manera, las llamadas son dirigidas al centro de llamadas, y los dígitos del “servicio” solicitado son presentados en el display del teléfono. Esta configuración permite optimizar las líneas, ya que se dispone de un “pool” único de líneas, por el que se brindan todos los servicios, y por lo tanto, los picos de tráfico de un servicio se compensan con las bajas de tráfico de los otros.

DOWNLOAD: Es el acto de recibir un archivo o información que está siendo transmitido por otro computador remotamente o a través de medio magnético.

E1: Línea telefónica digital que permite realizar hasta 30 llamadas telefónicas simultáneas. Se puede utilizar también para transmitir datos, con un ancho de banda de 2,048 kbps.

EAI: Enterprise Application Integration. Integración de aplicaciones corporativas. Arquitectura tecnológica por medio de la cual se puede compartir información de fuentes y aplicaciones heterogéneas. Como ejemplo se puede mencionar el caso de una compañía con parte de su sistema informático soportado sobre una plataforma de hardware y/o software determinados y el resto en un sistema incompatible con el primero. Otro ejemplo es el de dos compañías que desean compatibilizar sus disímiles sistemas de información. En ambos casos se necesita una herramienta que actúe como interface entre los sistemas heterogéneos.

E-MAIL: Correo Electrónico. Es un método para enviar mensajes en la forma de texto electrónico de una persona a otra por medio de una red de comunicación.

ESCALABILIDAD: Grado en que una aplicación informática, componente, o solución puede ser ampliada en volumen, prestaciones y/o funcionalidades utilizando los componentes previamente adquiridos.

FAX ON: Activación de Fax. Es un sistema de fax que le permite a los usuarios, llamar y seleccionar o extraer la información de manera escrita. Estos sistemas de fax on son populares en la parte de soporte técnico, el llamador selecciona el documento que necesite y el fax on se lo envía inmediatamente. Un ejemplo podría ser un extracto bancario, los usuarios seleccionan la información de la base de datos del banco y el sistema se lo envía a un fax que el usuario indique.

FAX SERVER: Servidor de Fax. Es un computador con una o más tarjetas de fax, instaladas y conectadas a una red local y donde su

función principal es actuar como estación de fax para todos los usuarios de la red. Este envía los faxes desde cualquier PC hacia la red, así como los recibe e imprime en una impresora láser predeterminada.

FRONT-END: Software que provee una interfaz más “amigable” a otra aplicación que si bien es la que realmente administra la información manejada, su uso directo representa algún grado de dificultad para el usuario al que está destinada.

GATEWAY: Puente. Sistema de información que transfiere información entre sistemas o redes incompatibles.

HOST: Generalmente se refiere a un computador. Es la parte del computador que maneja la terminal en una integración teléfono - computador, realiza el proceso que conlleva a otros sistemas en la red. Por ejemplo: Enruta la llamada usando una base de datos o tiene la información que puede ser accesada por otros.

H.323: Estándar de la ITU-T que proporciona la base para la transmisión de voz, datos y video en redes de área local (LAN) e Internet, de manera tal que las aplicaciones y productos basados en este estándar puedan interoperar, permitiendo de esta forma comunicación entre los usuarios sin necesidad de que éstos se preocupen por la compatibilidad de sus sistemas.

IM: Instant Messaging. Mensajería instantánea. Sistema de intercambio de mensajes escritos en tiempo real. Por ejemplo, MSN Messenger, o el sistema de chat de Skype.

INBOUND: Ver Campaña Entrante.

INTERACCIÓN: Cualquier forma de contacto entre una compañía y sus clientes: una llamada telefónica, una visita a la página Web, un correo electrónico, un fax, etc.

IP: Protocolo de Internet. Es la parte del Protocolo TCP/IP encargada del direccionamiento (identificación del origen y destino).

ISDN: Integrated Services Digital Network. Red Digital de Servicios Integrados (RDSI). Las líneas ISDN son conexiones realizadas por medio de líneas telefónicas ordinarias para transmitir señales digitales en lugar de analógicas, permitiendo que los datos sean transmitidos más rápidamente que con un módem tradicional. ISDN es un conjunto de estándares de comunicaciones que permiten transportar voz, servicios de red digital y video en un único cable o fibra óptica. Es un servicio que ofrecen muchas compañías telefónicas que combinan voz y datos en un único medio, permitiendo ambos servicios en un mismo cable.

IVR: Interactive Voice Response. Respuesta Interactiva de Voz. Aplicación de software que permite a un usuario interactuar con una entidad sin necesidad de ser atendido por un operador. Acepta una combinación de entrada de voz y teclas al tacto provenientes de un

teléfono brindando respuestas apropiadas en forma de voz, fax, callback, e-mail o algún otro medio. Su ventaja principal es la de liberar los recursos humanos corporativos disminuyendo simultáneamente los tiempos de espera de los usuarios.

JAVA: Lenguaje de programación desarrollado por la empresa Sun para la elaboración de aplicaciones exportables a la red (applets) y capaces de operar sobre cualquier plataforma.

LAN: Local Area Network. Red de área local. Es una red de datos que cubre un área limitada. Usualmente inscrita en un solo edificio o edificios cercanos.

LEGACY SYSTEMS: Sistemas informativos tradicionales. Se refiere típicamente a sistemas con tecnologías anticuadas que aún están en funcionamiento.

MARCACIÓN PREDICTIVA: Aplicación que permite la realización de campañas masivas salientes a partir de una lista de contactos a los cuales se quiere localizar. El sistema realiza automáticamente llamadas salientes y transfiere las llamadas respondidas a los agentes. Cuando el sistema de marcado detecta tono de ocupado o no obtiene respuesta, coloca al número nuevamente en la cola según reglas de marcación previamente establecidas y específicas para cada campaña.

MENSAJERÍA UNIFICADA: Solución que integra correo de voz, correo electrónico, telefonía, fax, chat en una misma plataforma. Desde un mismo computador o teléfono se puede acceder y administrar

mensajes de voz, e-mail, fax y llamadas telefónicas. Esta tecnología permite convertir los mensajes de texto a voz para transmitirlos a través del teléfono y viceversa. La meta del sistema de mensajería unificada es simplificar y agilizar los procesos de comunicación para ganar tiempo y lograr la reducción de costos de la empresa.

MERCADEO DIRECTO: Es un término que incluye correo directo, telemarketing y publicidad de respuesta directa. Cualquier marketing que pretenda llegar a un cliente potencial con el propósito de obtener una respuesta directa del cliente hacia el mercado y no hacia un distribuidor o tercero.

MIDDLEWARE: Software de comunicaciones que reside físicamente en el cliente remoto y en un servidor de comunicaciones, localizado entre el cliente y el servidor de aplicaciones. Es el software que actúa como un traductor universal entre distintas tecnologías de radiofrecuencia y protocolos.

MONITOREO REMOTO: A través de este sistema es posible escuchar desde fuera del ambiente del Call / Contact Center a los agentes y las conversaciones entre los agentes y los clientes.

MUESTRA: Es un grupo de consumidores con la misma característica demográfica los cuales son encuestados con preguntas acerca de productos o servicios. Sus respuestas son escogidas, tabuladas y analizadas.

MULTI-SITE: Call / Contact Center en donde sus agentes y/o su infraestructura están distribuidos en más de una ubicación geográfica.

NIVEL DE SERVICIO: Indicador porcentual que mide la eficiencia de un Call / Contact Center en relación con las llamadas atendidas frente al total de llamadas producidas. Un indicador del 80%, por ejemplo indica que se atienden 8 de cada 10 llamadas que llegan o son emitidas por un Call / Contact Center. También indica la probabilidad de que una llamada no sea conectada a un sistema debido a que todos los troncales están ocupados.

OSI: El modelo OSI (Open Systems Interconnection) es la propuesta que hizo la Organización Internacional para la Estandarización (ISO) para estandarizar la interconexión de sistemas abiertos. Un sistema abierto se refiere a que es independiente de una arquitectura específica. Se compone el modelo, por tanto, de un conjunto de estándares ISO relativos a las comunicaciones de datos. Es un modelo teórico de conexión de sistemas, estructurado en 7 capas (física, enlace, red, transporte, sesión, presentación y aplicación).

OUTBOUND: Ver Campaña saliente.

OUTSOURCING: Utilización de los servicios especializados de un tercero (empresas dedicadas a la prestación de servicios, representando a la empresa/institución solicitante), que cuenta con infraestructura para representar a la empresa ante su mercado en la ejecución y recepción de llamadas y otras actividades derivadas de las mismas. En el ámbito de Call / Contact Center se refiere a empresas

que prestan servicios a otras en el manejo de las interacciones a distancia con sus clientes.

PBX: Private Branch Exchange. Sistema de conmutación privado el cual tiene conexiones internas (extensiones) y conexiones externas (troncales, enlaces privados, etc.). El mismo conmuta las llamadas tanto entrantes como salientes y proporciona acceso a un computador desde una terminal de datos. Resultan una parte indispensable de un Call / Contact Center pues provee las conexiones necesarias para poder utilizar marcadores predictivos y ACD.

PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN: Conjunto de normas que definen cómo se realiza el intercambio de datos entre computadores o programas computacionales, organizando el desplazamiento de la información a través de la red e indicando cuál es el origen de los datos, el camino que deben recorrer y el destino final, es decir, es como un lenguaje adoptado convencionalmente entre los usuarios de una red para que puedan comunicarse y entenderse entre ellos.

PSTN: Public Switched Telephone Network. Red Pública de Conmutación Telefónica. Es la red de telefonía básica convencional que posibilita las capacidades de conexión para cualquier vivienda u oficina con cualesquiera otros.

R2: Protocolo utilizado en redes de telefonía del tipo E1.

RDSI: Red Digital de Servicios Integrados. Nombre en castellano del estándar ISDN.

SCREENPOPUP: Despliegue automático de pantallas. Constituye una de las aplicaciones más populares de la tecnología que integra la computadora y el teléfono (CTI). Consiste en desplegar en la computadora de un determinado agente telefónico, una pantalla de información referente a una persona que llama, simultáneamente a la transferencia de la llamada hacia el mismo agente telefónico. Los mecanismos de disparo de esta aplicación pueden ser el servicio telefónico ANI, DNIS, una clave de acceso (NIP, Password, etc.) desde un IVR, etc. Es la funcionalidad de un sistema de Call / Contact Center que permite sincronizar el arribo de la llamada telefónica con Sistemas de Gestión, Aplicativos de CRM o similares.

SCRIPTING: Funcionalidad de una solución para Call / Contact Center que permite disponer de un guión estructurado que utiliza el Agente para guiar y estandarizar el diálogo telefónico.

SPEAKER VERIFICATION: Verificación del llamante. Tecnología biométrica que permite comprobar la identidad de una persona mediante la identificación de su timbre de voz. Puede ser usada como sustitutiva o complementaria de otras formas de identificación (contraseñas, huellas digitales, etc.). Es sumamente útil en el ámbito de Call Center donde no se puede aplicar ningún otro tipo de sistema biométrico.

TAPI: Telephony Application Program Interface. Interfase de programación para aplicaciones de telefonía. Estándar desarrollado por Microsoft e Intel en 1993 que permite utilización de servicios de telefonía desde una PC. Interfaz de programación de Microsoft e Intel que hace parte de la arquitectura WOSA de Microsoft. Permite que las aplicaciones cliente de Windows tengan acceso a servicios de voz en

un servidor. TAPI está diseñado para proveer interoperabilidad entre computadores personales y equipo telefónico, incluyendo sistemas telefónicos y PBX.

TDM: Time Division Multiplexing. Multiplexación por división de tiempo. Sistema de multiplexación para transmisiones sobre par simple de cobre. Es el más utilizado en la actualidad, especialmente en los sistemas de transmisión digitales. En ella, el ancho de banda total del medio de transmisión es asignada a cada canal durante una fracción del tiempo total (intervalo de tiempo).

TCP: Transmission Control Protocol. Protocolo de control de transmisión. Conjunto básico de protocolos de comunicación de redes, popularizado por Internet, que permiten la transmisión de información en redes de computadoras. El nombre TCP/IP proviene de dos protocolos importantes de la familia, el Transmission Control Protocol (TCP) y el Internet Protocol (IP). Éste es el protocolo que se encarga de que los paquetes lleguen al destino sin ningún error o pide su reenvío. Actúa en la capa de Transporte del modelo OSI.

TELCO: Operador de Telecomunicaciones.

TRONCAL: También denominada "línea", "línea de conmutación" o "circuito". Circuito telefónico que enlaza dos sistemas de conmutación.

TTS: Text to Speech. Texto a diálogo. Tecnología que permite el procesamiento automático de texto escrito para reproducirlo como voz.

VOICE-MAIL: Mensaje de voz almacenado en un dispositivo central. En el ámbito de telefonía usualmente se refiere a los mensajes grabados que se permite dejar a un usuario cuando no pudo comunicarse con una determinada extensión telefónica.

VOIP: Voice Over IP. Voz sobre IP (Protocolo de Internet). Servicios de telefonía de voz que se transmiten a través de redes de conmutación por paquetes que corren sobre el protocolo de Internet en lugar de usar redes de conmutación por circuitos (tradicionales).

WAN: Wide Area Network. Una red de comunicaciones utilizada para conectar ordenadores y otros dispositivos a gran escala. Las conexiones pueden ser privadas o públicas.

WRAP-UP: En el ámbito de un Call / Contact Center es una medida interna para el tiempo que necesita un representante (agente) para concluir el trabajo administrativo relacionado con una llamada que acaba de atender. Es el trabajo que sigue a la finalización de una llamada. Esto incluye, en el seguimiento de una interacción, al trabajo posterior a la misma: rellenar formularios, efectuar otras llamadas, etc. Mientras está en tiempo de wrap-up el agente no se encuentra disponible para recibir llamadas.

WEB COLLABORATION: Colaboración en Web. Permite ofrecer asistencia desde una página Web a través de Internet, ayudando a clientes y usuarios en la navegación. Permite al agente mostrarle al cliente la información adecuada, conversar con él en línea (Chat) y/o ayudarlo a rellenar formularios en forma colaborativa.

XML: Extensible Markup Language. El lenguaje extensible de marcas, abreviado XML (eXtensible Markup Language), describe una clase de objetos de datos llamados documentos XML y parcialmente describe el comportamiento de programas de computador que pueden procesarlos. Los documentos XML están hechos de unidades de almacenamiento llamadas entidades, las cuales contienen datos procesados (parsed) o sin procesar. Los datos procesados están hechos de caracteres, algunos de los cuales forman datos de carácter, y otros marcas. Las marcas codifican la descripción del esquema de almacenamiento y estructura lógica del documento. XML provee un mecanismo para imponer restricciones al esquema de almacenamiento y estructura lógica.

8. BIBLIOGRAFÍA

8.1 Bibliografía General

1. Abad, Iciar y otros (2009), Algunas consideraciones sobre seguridad de la información en el proyecto europeo de historia clínica digital (proyecto epSOS). Derecho y salud. Vol 18. Enero-junio: 87-99.

2. Álvarez, Richard (2002), The promise of e-Health –a Canadian perspective. E-health International, 1:4, Canadá. Canadian Institute for Health Information
3. ARG/04/043, del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS).
4. Arzuaga G. “Marketing en Internet” Ed. Sudamericana, 2001.
5. Carnicero, Javier (2010), Experiencia española en sanidad electrónica.
6. Carnicero, Javier (2010), Experiencia española en sanidad electrónica. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España (2009). Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Balance de actividades y acciones previstas
7. CEPAL Comisión económica para américa latina y el caribe
8. Chackiel, Juan (2004), La dinámica demográfica en América Latina, serie Población y desarrollo, N 52 (LC/L.2127-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina (CEPAL), mayo. Publicación de las Naciones Unidas.
9. Cuervo, Luis y Josefina González (1997), Industria y ciudades en la era de la mundialización. Un enfoque socioespacial, Bogotá, D.C., Tercer Mundo Editores
10. Eco, U. “*Cómo se hace una tesis*”. 6ª ed. España : Gedisa, 2005.
11. Fernández Enrique Oviedo: Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para

reducir inequidades en América Latina y el Caribe. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile 2010

12. Iglesias G. y Resala G. (compiladoras) Adamovsky G., Amado Suárez A., Bernhardt F., Bongiovanni M., Etkin M.E., Gabrinetti M., Peña g.d., Rodríguez R.J., Vázquez N.O. (2009) "Trabajo final, tesis y tesinas: modalidades, estructura metodológica y discursiva, evaluación" 1ª. Edic. Buenos Aires: Ediciones Cooperativas.
13. Lemus JD y cols. Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de la Salud. Ed CIDES Bs. As., 2005.
14. Lemus JD y cols. Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de la Salud. Ed CIDES Bs. As., 2005.
15. Lemus JD, Aragües y Oroz V. Auditoría Médica: un enfoque sistémico. Ed. Universitaria de las Ciencias. Bs. As., 2004.
16. Lemus JD, Aragües y Oroz V. Auditoría Médica: un enfoque sistémico. Ed. Universitaria de las Ciencias. Bs. As., 2004.
17. Lemus JD. Epidemiología para las áreas programáticas, centros de salud y hospitales descentralizados. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de El Salvador, Buenos Aires, 1996.
18. Lemus JD. Epidemiología para las áreas programáticas, centros de salud y hospitales descentralizados. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de El Salvador, Buenos Aires, 1996.

19. LEMUS, J.D. y COL. “*Salud pública, sistemas y servicios de salud*”. Ciudad de Buenos Aires: CIDES. 2009
20. LEMUS, J.D.; ARAGÜES Y OROZ V., y COL. “Auditoría Médica y Profesional Integral. La calidad de la atención en los servicios de salud”. 1ª ed. Rosario. Corpus. 2006.
21. LEMUS, J.D.; ARAGÜEZ Y OROZ V., y COL. “*Investigación en sistemas y servicios de salud*”. 1ª ed. Rosario: Corpus. 2007.
22. Lozano, Rafael y otros (2007), Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva. En: *Salud pública de México*, Vol.49, Suplemento 1, México.
23. Oliveri, Nora (2010), Antecedentes y aplicaciones de salud electrónica en Argentina.
24. Romano Yalour, M; Tobar, F.”¿Cómo hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud”. 1ª ed. Argentina: ISALUD, 1998.
25. Samaja, J. Epistemología y Metodología. “*Elementos para una teoría de la investigación científica*”. 1ª ed. EUDEBA: Buenos Aires, 1993.
26. Savedoff, William D. (2009), A moving target: universal access to healthcare services in Latin America and the Caribbean. Washington. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

27. Shengelia, Bakhuti y otros (2005), Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. En *Social Science and Medicine*, 61, 97–109.
28. Stroetmann Karl A. (2007), eHealth strategy and implementation activities in Germany: Report in the framework of the eHealth ERA project, empirica: 30 June
29. Tercerización de servicios en la Argentina: empleo y gestión de RRHH en los Call Center Estudio realizado por Andrea del Bono (CONICET – CEIL-PIETTE – UNLP) y Laura Henry (CONICET – CEIL- PIETTE). La investigación se produjo en el marco de una consultoría realizada entre agosto y diciembre del año 2008 para el Proyecto “Sistema de información para la evaluación y el monitoreo del empleo, el trabajo y la inclusión social”, PNUD
30. Vega, Silvio (2010), Programa Nacional de Telemedicina y Telesalud en Panamá
31. Vélez, Jorge (2010), Regulaciones, aplicaciones y desafíos para la salud electrónica en Colombia.
32. Wooton, Richard y otros (2009), Telehealth in the developing world, Canadá. International Development Research Centre.

8.2 Sitios Web Consultados.

1. <http://www.uces.edu.ar/biblioteca/>

2. http://users.exa.unicen.edu.ar/~jaiio2000/sis-panel_3.html
3. <http://nacionysalud.com/node/118>
4. <http://e-commercesalud.blogspot.com.ar/>
5. <http://www.mazalan.com/nota/2725/Puentesaludcom-potencia-el-e-commerce-en-el-mercado-de-la-salud-.html>
6. <http://bureaudesalud.com/v2/tag/e-commerce/>
7. <http://www.globallogic.com.ar/industrias-globallogic/retail/ecommerce.html>
8. Clases de comercio electrónico: B2B, B2C, B2A, B2E, C2C, C2G, B2G | Suite101.net <http://suite101.net/article/clases-de-comercio-electronico-b2b-b2c-b2a-b2e-c2c-c2g-b2g-a26589#ixzz1yZUcN5K2>
9. Definición de comercio electrónico. Fuente: Traducción y adaptación del documento “Electronic Commerce- An Introduction”. <http://www.cordis.lu/esprit/arc/ecomint.htm>, realizada en los Servicios Informáticos de la Sociedad de Planificación y Desarrollo, SOPDE, SA.
10. Definición de comercio electrónico. Fuente: Extela.com
11. Definición de comercio electrónico. Fuente: Finmall.com
Negocios virtuales Ganancias reales
12. *Biblioteca Virtual de las Ciencias en Cuba*. www.bibliociencias.cu
- Sociedad Cubana para las Telecomunicaciones CUBATEL S.A

Firma y aclaración del alumno:

.....

Firma y aclaración del Director o Tutor:

.....

Firma y aclaración del Director de la Carrera:

.....

Firma y aclaración del Secretario Académico:

.....