

CUARTO CONGRESO DE ECONOMÍA DEL NORTE GRANDE

Facultad de Ciencias Económicas – Universidad Nacional del Nordeste

“Análisis de la digitalización de los servicios administrativos de las obras sociales en pandemia” 2021

Autores:

Morales, Francisco¹

Zanfrillo, Alicia Inés²

Morettini, Mariano³

Rondinara Baffigi, Elvis Emiliano⁴

Mesa 4: Trabajo y empresas

Resumen

Frente a la pandemia del COVID-19 y las medidas de aislamiento dispuestas en 2020 se tornó urgente la adopción de las tecnologías de la información y la comunicación –TIC- por parte de las obras sociales.

El objetivo del trabajo fue analizar el nivel de implementación de prestaciones mediadas por las TIC en las obras sociales radicadas en Mar del Plata para reconocer cómo desarrollaron sus servicios en forma virtual, buscando reducir la presencialidad y movilidad de personas.

Se aplicó la técnica de análisis de contenido sobre la información publicada en los sitios web institucionales, clasificando los servicios administrativos prestados digitalmente bajo tres modalidades: gestiones básicas (obtención de credenciales o la asignación de turnos), servicios financieros (adquisición de bonos de consulta, autorización de prácticas, reintegros o coseguros y financiación de prácticas), y prestaciones médicas (emisión de recetas, teleconsultas o guardia virtual) para luego realizar un análisis de correspondencias múltiples.

Los resultados muestran que los servicios relacionados con gestiones básicas, así como los servicios financieros, son los que mayor relevancia cobran en cuanto a criterios de discriminación entre obras sociales, concluyendo que es dispar la prestación en forma digital de servicios administrativos por las obras sociales con presencia en Mar del Plata.

Palabras claves: TICs; Obras Sociales; Análisis de correspondencias; digitalización de servicios.

JEL Classification Codes I19; C38; M1.

¹ *franmoralesmdp@gmail.com – Universidad Nacional de Mar del Plata – Facultad de Ciencias Económicas y Sociales*

² *alicia@mdp.edu.ar – Universidad Nacional de Mar del Plata – Facultad de Ciencias Económicas y Sociales*

³ *mariano.morettini@gmail.com – Universidad Nacional de Mar del Plata – Facultad de Ciencias Económicas y Sociales*

⁴ *elvisrondinara1997@gmail.com - Universidad Nacional de Mar del Plata – Facultad de Ciencias Económicas y Sociales*

Abstract

Facing the COVID-19 pandemic and isolation measures during 2020, it became urgent the adoption of information and communication technologies -ICT- by regular and prepaid health insurances institutions.

The aim of this work focused on analyzing the level of implementation of benefits mediated by ICT in social works located in the city of Mar del Plata in order to recognize how they developed their essential services under the virtual modality, aimed at facilitating less presence and mobility of people.

The content analysis technique was applied to the information published on institutional websites, in order to identify and classify the different administrative services provided in digital form, under three modalities: basic procedures (obtaining credentials or assigning shifts), financial services (acquisition of consultation vouchers, internship authorization, reimbursements or coinsurance, and internship financing) and medical benefits (issuance of prescriptions, teleconsultations or virtual guard) and, afterwards a multiple correspondence analysis was applied.

The results show that those services related to basic procedures, as well as financial services, are the ones that are most relevant in terms of discrimination criteria between social works, concluding that the provision of administrative services is uneven mediated by ICT in the city's social works.

Key words: ICT; health insurances institutions, correspondance analysis, digital services

JEL Classification Codes I19; C38; M1.

1. Introducción

Resulta pertinente, con anterioridad al tratamiento del tema objeto del presente trabajo, realizar un adecuado encuadre epistemológico sobre las disciplinas intervinientes en la investigación que dio origen al mismo, a los efectos de ubicar el trabajo en la mesa correspondiente.

Podemos decir, siguiendo a Bunge (2015: 190) que “un cuerpo de conocimientos es una *tecnología* si y solamente si i] es compatible con la ciencia coetánea y controlable por el método científico, y ii] se lo emplea para controlar, transformar o crear cosas o procesos, naturales o sociales”, es decir que se consideran como tecnologías, según el citado autor, “...a todas las disciplinas orientadas a la práctica, siempre que practiquen el método científico”. Más adelante, el autor clasifica a éstas tecnologías en materiales, sociales, cognitivas y generales, y dentro de las sociales incluye a las económicas, que a su vez abarcan a las ciencias de la administración. En efecto, Bunge abunda sobre el tema mencionando a la “Economía” como ciencia, a la “Planificación económica” como tecnología y a la “Administración económica” como práctica técnica.

Como veremos, nuestra investigación consistió en un relevamiento de información respecto de la adaptación que realizaron las obras sociales para la prestación de sus servicios durante la pandemia de COVID-19, encuadrándose epistemológicamente la investigación dentro de la ciencia económica y de la práctica técnica de la administración económica.

Analizado el encuadre epistemológico, corresponde describir brevemente el contexto en el que se realizó la investigación y que motivó la misma.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

El concepto se ha ido transformando y adaptando a condiciones, costumbres y normas con el paso del tiempo. El derecho a la salud se extiende más allá de una simple recomendación, a una real obligación de los países de incorporarlo a sus ordenamientos internos, a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ONU). En Argentina, a partir de la reforma constitucional de 1994, ésta tiene la misma jerarquía que la Carta Magna con la incorporación de tratados internacionales de derechos humanos en el art. 75 inc. 22. Sin embargo, para que no resulte este derecho una mera abstracción es necesario que cumpla con un requisito fundamental: la accesibilidad.

Esta característica puede ser evaluada desde diferentes enfoques de análisis, como por ejemplo, desde la visión económica, la geográfica o la cultural. Considerar que la mera disponibilidad de un servicio médico es suficiente para cubrir la necesidad de las personas, resulta una simplificación. La complejidad se va presentando en la medida en que sean diferentes las condiciones y necesidades que enfrenta la población (Sánchez Torres, 2017). Por ello, es de vital importancia la adecuación de las estrategias que se implementen en los programas de atención, a fin de contribuir con la accesibilidad de estas prestaciones.

La importancia de esta investigación radica en determinar el nivel de virtualización de la gestión administrativa de las obras sociales radicadas en Mar del Plata en la actualidad; qué servicios ofrecen para sus afiliados, su disponibilidad y el nivel de información que brindan acerca de ellos para lograr la mencionada accesibilidad.

Se adoptó una investigación cuantitativa, de tipo descriptiva, a través de la técnica de análisis de contenido sobre los sitios web institucionales en los meses de agosto y septiembre del año 2020, cuantificando el grado de prestación de los diferentes servicios administrativos prestados en forma digital: los relacionados con gestiones básicas, aquellos referidos a servicios financieros y los vinculados con prestaciones médicas, para luego aplicar la técnica estadística de análisis de correspondencias múltiples, con el objetivo de analizar la relación entre aquellas variables.

La investigación posee una limitación, en cuanto a que su resultado no plasma aquellos servicios que brindan estas entidades de seguridad social únicamente visibles para afiliados con usuario y contraseña; ya que no se tiene acceso a esa información desde la web como simple visitador.

Entre los resultados obtenidos se encuentran que buena parte de las obras sociales cuentan con presencia digital, siendo los servicios médicos los mayormente prestados en ese formato, mientras que los servicios financieros y de gestiones básicas son de menor oferta en forma virtual. Asimismo, los servicios relacionados con gestiones básicas, así como los servicios financieros, son los que mayor relevancia cobran en cuanto a criterios de discriminación entre obras sociales, mientras que los servicios médicos prácticamente no poseen perfil discriminador, concluyendo que es dispar la prestación en forma digital de servicios administrativos por las obras sociales con presencia en Mar del Plata. Por un lado, se concluye que resulta necesario, en general, incrementar la oferta de servicios digitales por las obras sociales, y en particular, aquellas que sí los prestan, suelen ofrecer escasos servicios financieros, o escasos servicios de gestiones básicas, debiendo incrementar uno y otro tipo de ellos, según el caso.

2. Metodología y marco teórico

El trabajo de investigación se lleva a cabo en un contexto particular: los tiempos de rápida propagación de COVID-19 a nivel global. Para Quispe Juli y otros (2020), la “salud digital” es un fenómeno avanzado en los sistemas de salud debido a sus beneficios potenciales y reales a nivel individual, organizacional y poblacional. Por esta razón, aquellos países que vayan a utilizar la salud digital como una estrategia de apoyo, obtendrán mayor éxito en el control de la pandemia.

Esto cobra aún mayor relevancia a partir del contexto mencionado, ya que la accesibilidad, la información, la alfabetización y la brecha digital, la colaboración y el rol de las tecnologías de la información y la comunicación –TICs– forman parte de un todo complejo, que inciden en las conclusiones obtenidas y en las propuestas posteriores (Aguiza y otros, 2018)

En el ámbito de las obras sociales, las nuevas tecnologías informáticas no sólo han facilitado los procesos de digitalización de información sino, además, la virtualización de ciertos procesos administrativos en beneficio de sus afiliados. Sin embargo y, a partir del presente trabajo de investigación, esta adopción resulta asimétrica entre las diversas obras sociales y con mayor presencia según el tipo de prestación que se ofrezca.

Según Sánchez Torres (2015), “el ofrecer un servicio no es sinónimo de que la persona realmente pueda hacer uso de él”. En la accesibilidad a los servicios de las entidades sociales interactúan condiciones de diversa índole como las cualidades individuales, los grupos etarios, el acceso a internet o a la información, entre otros. La complejidad se va presentando en la medida en que sean diferentes las condiciones y necesidades que enfrenta la población.

Para Rodas y Zamora (2015) uno de los problemas actuales que limitan las posibilidades de acceso a una atención médica oportuna es la alfabetización en salud. Este concepto es definido como “el grado en que los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar, comprender y aplicar la información básica de salud y los servicios que brinda el sistema de salud...” (2015:29). Diversos estudios (Easton, 2010; Cunha, 2014; Seurer, 2013) asocian directamente los bajos niveles de educación/alfabetización con la mala salud. Al mismo tiempo, la alfabetización digital constituye una segunda brecha en el ámbito de salud, definida como “la capacidad de buscar, encontrar, comprender y evaluar la información de salud a partir de fuentes electrónicas...” (2015:30). En este caso, el grupo etario más afectado durante la pandemia por COVID-19 fue el de los adultos mayores que, a su vez, coincide con el sector denominado de “riesgo” (Quispe Juli y otros, 2020).

Asimismo, el concepto de alfabetización digital se encuentra en estrecha relación con el de brecha digital. Este último término fue utilizado por primera vez en los años noventa para hacer referencia a la brecha que se estaba creando entre los países, los grupos sociales y las personas que tenían acceso a las tecnologías digitales y los que no lo tenían (Selwyn, 2004). Según los estudios de Sunkel y Ullmann (2019), los adultos mayores son quienes tienen mayores limitaciones para salir de sus hogares y al mismo tiempo, quienes menos utilizan las plataformas digitales. A esto, debe sumarse el proceso de envejecimiento sostenido de la población a partir de los últimos decenios. Un caso particular es en la ciudad de Mar del Plata, con más de 600.000 habitantes según el último Censo Nacional de Población realizado en 2010, se registra una mayor proporción de personas con más de 60 años (INDEC, 2010), que en otras regiones del país, con uno de cada cuatro habitantes de la ciudad en esta categoría y superando el porcentaje de jóvenes. A diferencia de otras ciudades, en Mar del Plata hay menos jóvenes que el promedio –con edades entre 18 y 29 años– mientras que los adultos y adultos mayores se encuentran por encima de la media nacional (INDEC, 2010). Debido a su geografía, condiciones climáticas y sentimientos de pertenencia la ciudad se convierte en un “polo geronte” elegido para vivir esta etapa de la vida (Cogley, 2013). En este contexto, con un incremento esperado de la población de adultos mayores que se duplicará en los próximos treinta años, la atención hacia un envejecimiento saludable resulta uno de los temas relevantes en las agendas de las instituciones vinculadas con este colectivo, concibiendo a las prácticas de intervención socio-educativas como instrumentos de promoción del enfoque ecosistémico de la salud a través de las TICs, con el fin de facilitar herramientas para la autonomía y el autocuidado (Bermejo, 2010; Lebel, 2005).

Bajo las condiciones que exhibe la ciudad de Mar del Plata en particular (y la Argentina en general), caracterizada por un alto envejecimiento poblacional, una intensa expansión futura y con necesidades crecientes respecto de la atención sanitaria e información sobre salud, se

requieren otros aprendizajes más allá de los formales para este colectivo, propios de la Sociedad de la Información, que les permitan por un lado acceder a prestaciones cada vez más sofisticadas y desechar información que no ofrezca las garantías de calidad suficientes para su consumo y apropiación, y por otro lado generar la concientización de las posibilidades y beneficios del uso de las TICs para el cuidado de la salud (Amadasi y Tinoboras, 2017).

Sería oportuno que las entidades sociales diseñen una plataforma tecnológica adecuada que se ajuste a sus necesidades (Atencio y otros, 2021). En el contexto actual, una plataforma tecnológica que brinde ciertos servicios online, representa una herramienta fundamental puesto que facilita las interacciones entre los usuarios y la organización y entre los usuarios y los profesionales. Para Atencio y otros (2021), debido a que el aislamiento físico de la población es una de las acciones de mayor impacto durante el control de la epidemia, la telemedicina o el seguimiento remoto de pacientes, se presentan como alternativas tecnológicas que permiten descongestionar los centros médicos en pro de optimizar sus recursos instalados.

Por otro lado, el trabajo colaborativo también forma parte de los requisitos esenciales para que las obras sociales cuenten con mayor presencia digital y virtualización de sus servicios ofrecidos (Echeverri Ocampo y otros, 2018). El trabajo conjunto entre personal de salud, administrativos e ingenieros resulta fundamental para lograr dicho objetivo. La tecnología móvil y el uso de la web fue inicialmente pensada para ser aplicada en campos empresariales para mejorar la productividad de sus empleados. No obstante, según Echeverri Ocampo y otros (2018) con el paso del tiempo, su rango se extendió al área comercial y también, al campo de la salud. En este último campo, se generó la necesidad de brindar apoyo a los pacientes (en este caso, afiliados) con el fin de agilizar los trámites, diagnósticos y tratamientos, con el fin de evitar la presencia física.

En resumen, el uso de las TICs en la atención de la salud constituye una herramienta esencial para mejorar el impacto de las intervenciones, permitiendo un acceso más equitativo y eficiente a los servicios (Aguaiza y otros, 2018). La utilización, por ejemplo, de un software médico permite la gestión de información de manera sencilla, tanto de los pacientes como de las entidades, a partir de la generación de reportes clínicos o epidemiológicos, informes financieros, facturación, pre-diligenciamientos, entre otros. Para esto, Aguaiza y otros (2018) recomiendan que deben seguirse una serie de principios, que tengan en cuenta las características propias de la entidad y el tipo de servicio que desean brindar. Mencionan en primer lugar al principio de continuidad, como aquel que facilita “la continuidad de la atención en salud, desde el momento de la admisión del paciente, o ingreso al servicio, permitiendo consultar la trazabilidad de la prestación, o reportes de atenciones anteriores garantizando la integralidad y calidad de la prestación del servicio...” (2018:62). En segundo lugar, hacen referencia al principio de gestión, que permite “el aseguramiento de la planificación, ejecución, análisis, y documentación de las actividades de evaluación y otras tareas del proceso de evaluación, a lo largo de toda la atención en salud” (2018:62). Por último, refieren al principio de comprobabilidad, en donde se presentan datos reales en el periodo de tiempo que sea requerido; “para esto se basan en la actualización permanente de la información registrada, mediante el cruce de bases de datos, permitiendo la emisión de reportes fiables en el momento que se necesiten” (2018:62).

Para el análisis mencionado anteriormente, se efectuó un relevamiento de entidades con servicios de salud en el Sistema de Registro de Delegaciones para opciones de Cambio de la Superintendencia de Servicios de la Salud, con sede en Mar del Plata y presencia en internet. Se adoptó una investigación cuantitativa, de tipo descriptiva a través de la técnica de análisis de contenido sobre los sitios web institucionales en los meses de agosto y septiembre 2020.

Los servicios online muestreados para obtener el grado de presencia digital se agruparon en tres: a) aquellos relacionados con gestiones básicas, integrados por la asignación de turnos

y la obtención de la credencial; b) los vinculados a servicios financieros, donde encontramos la adquisición de bonos de consulta, la autorización de prácticas, la financiación de prácticas y la tramitación de reintegros y coseguros; y c) los que se refieren a prestaciones médicas, como la emisión de recetas, las teleconsultas y la guardia virtual.

Se relevaron 82 obras sociales y se les asignó un valor por cada una de las variables en estudio, dependiendo de la cantidad de servicios prestados de cada tipo, de acuerdo a la siguiente Tabla 1:

Tabla 1: Codificación de variables

Etiqueta	Variable	Valor	Significado
Gestión	Servicios de gestiones básicas	1	No prestan servicios de este tipo
		2	Prestan 1 servicio de este tipo
		3	Prestan los 2 servicios de este tipo
Financiera	Servicios financieros	1	No prestan servicios de este tipo
		2	Prestan 1 servicio de este tipo
		3	Prestan 2 servicios de este tipo
		4	Prestan 3 servicios de este tipo
		5	Prestan los 4 servicios de este tipo
Médica	Servicios de prestaciones médicas	1	No prestan servicios de este tipo
		2	Prestan 1 servicio de este tipo
		3	Prestan 2 servicios de este tipo
		4	Prestan los 3 servicios de este tipo

Fuente: elaboración propia

3. Resultados

El análisis efectuado sobre las obras sociales radicadas en la ciudad de Mar del Plata y con presencia digital reveló una escasa presencia de servicios básicos: solo dos entidades prestan las dos opciones de gestiones básicas relevadas mientras que la mayoría de ellas (73%) no presta ninguno de estos servicios en forma virtual. Respecto de los servicios financieros, las entidades que no prestan ninguno de ellos en el ámbito virtual se reduce al 62% y es del 39% para las prestaciones médicas. Es también importante destacar que solo dos obras sociales ofrecen en forma virtual los tres servicios de prestaciones médicas relevados y ninguna entidad ofrece las cuatro opciones de servicios financieros analizados.

Tabla 2: Valores para la variable “Gestión”

	Frecuencia
Válido 1	60
2	20
3	2
Total	82

Fuente: elaboración propia

Tabla 3: Valores para la variable “Financiera”

		Frecuencia
Válido	1	51
	2	18
	3	10
	4	3
	Total	82

Fuente: elaboración propia

Tabla 4: Valores para la variable “Médica”

		Frecuencia
Válido	1	32
	2	34
	3	14
	4	2
	Total	82

Fuente: elaboración propia

El modelo de análisis por correspondencias múltiples, por su parte, y tal como se muestra en la Tabla 5, permite observar que se crearon dos dimensiones, cada una de ellas con una proporción de poder explicativo del modelo indicado por el autovalor, por lo que la primera dimensión aparece como de mayor importancia para el modelo que la segunda.

Tabla 5: Resumen del modelo

Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza explicada		
		Total (Autovalores)	Inercia	% de la varianza
1	,518	1,527	,509	50,910
2	,275	1,224	,408	40,801
Total		2,751	,917	
Media	,410(a)	1,376	,459	45,855

Fuente: elaboración propia

Tabla 6: Medidas de discriminación

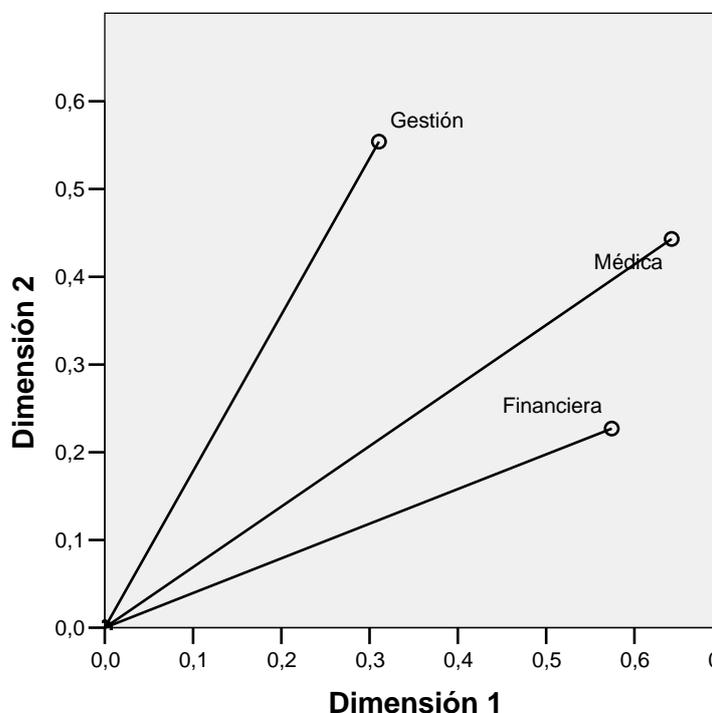
	Dimensión		Media
	1	2	
Gestión	,311	,554	,432
Financiera	,574	,227	,401
Médica	,642	,443	,543
Total activo	1,527	1,224	1,376
% de la varianza	50,910	40,801	45,855

Fuente: elaboración propia

Para comprender la relación que cada una de las variables tiene con las dos dimensiones obtenidas, puede verse la Tabla 6, de la que puede concluirse que la dimensión 1 se encuentra explicada principalmente por los servicios de prestaciones médicas y financieras, mientras que la dimensión 2 se encuentra mayormente explicada por los servicios de

gestiones básicas, lo cual también puede verse en el Gráfico 1, donde se muestra que las variables explicarán cada una de las dimensiones en mayor proporción cuanto más cerca se encuentren del eje respectivo.

Gráfico 1: Medidas de discriminación



Normalización principal por variable.

Fuente: elaboración propia

4. Conclusiones

La investigación realizada muestra que la gran mayoría de las instituciones de obras sociales o prepagas con sede en Mar del Plata cuentan con presencia digital, más específicamente, el 88% de ellas.

Sin embargo, durante el período relevado muchas de ellas no ofrecían la posibilidad de realizar trámites en línea, sea de gestiones básicas (como obtención de la credencial o la asignación de turnos) o de prestaciones más complejas, como de servicios financieros (tales como la adquisición de bonos de consulta, la autorización de prácticas, la financiación de prácticas y la tramitación de reintegros y coseguros) o relacionados a prestaciones médicas (como la emisión de recetas, las teleconsultas y la guardia virtual).

En efecto, el 73% de las instituciones no prestaba en forma digital servicios de gestiones básicas, el 62% no prestaba servicios financieros y el 39% no prestaba servicios médicos, por lo que se concluye que los servicios médicos son los mayormente prestados en ese formato, aunque en forma insuficiente, mientras que los servicios financieros y de gestiones básicas son de menor oferta en forma virtual.

Asimismo, los servicios relacionados con gestiones básicas, así como los servicios financieros, son los que mayor relevancia cobran en cuanto a criterios de discriminación

entre obras sociales, concluyendo que es dispar la prestación en forma digital de servicios administrativos por las obras sociales con presencia en Mar del Plata.

Se concluye que resulta necesario, en general, incrementar la oferta de servicios digitales por las obras sociales, y en particular, aquellas que sí los prestan, suelen ofrecer escasos servicios financieros, o escasos servicios de gestiones básicas, debiendo incrementar uno y otro tipo de ellos, según el caso.

Es importante destacar que el estudio coincide con una época en donde la digitalización o virtualización forman parte de la cotidianeidad y, entre los muchos aspectos que abarca, incluye a la salud. Esta situación cobra aún mayor relevancia a partir de la pandemia de COVID-19, en donde virtualidad y salud necesariamente deben complementarse, ya sea a través de plataformas digitales, seguimientos médicos, teleconsultas, guardia virtual, entre otras, para lograr una mejor y más accesible prestación de servicio para el paciente.

Resulta, por tanto, fundamental que las obras sociales no sólo brinden las opciones suficientes para realizar trámites online, lo cual aún se encuentra en una fase inicial, según los resultados obtenidos en el relevamiento, sino también que las adecúen a las posibilidades de la mayoría de sus afiliados, según la geografía, los medios económicos, la edad, entre otras variables.

El desafío que enfrentan las obras sociales, de acuerdo a los resultados ya expuestos, es doble: por un lado, deben ampliar su presencia en internet y, por otro, asegurarse de que ésta sea accesible para todos sus afiliados, brindando la información, flexibilidad y herramientas necesarias para ello. Una obra social con un alto porcentaje de adultos mayores como afiliados, por ejemplo, no solamente debe brindar la mayor cantidad de sus servicios a través de plataformas digitales, sino también lograr adaptarlas a las posibilidades de aquellos. Es por ello que sería oportuno para este colectivo la implementación de programas especializados tomando en consideración los grupos etarios a quienes prestan sus servicios.

Por otro lado, los conceptos de alfabetización, accesibilidad y brecha digital resultan importantes en esta investigación. Más allá del derecho de las personas para recibir atención en el campo de la salud, se debe contar con la disponibilidad suficiente y los medios para lograrla. Sería oportuno contar, más allá de la disponibilidad de medios físicos, instituciones o incluso plataformas digitales, con la información y las herramientas suficientes para que la población obtenga una verdadera accesibilidad.

Y en relación a este punto en concreto, resulta primordial considerar la accesibilidad y alfabetización digital a la luz del envejecimiento de la población, lo que implicaría la necesidad de contar con políticas públicas o privadas que incentiven la participación de este grupo etario en las plataformas digitales. Esto cobra aún mayor relevancia a partir de las medidas de aislamiento físico o cuidados en relación al COVID-19, en donde la población de adultos mayores es la que se encuentra denominada "grupo de riesgo".

Por otra parte, a partir de los resultados obtenidos en el trabajo de investigación, se observa que el incipiente desembarco de las obras sociales en internet se encuentra relacionado con el surgimiento de la pandemia. Más allá de contar las obras sociales con sitios web y algún tipo de información, en ellas, útil para sus afiliados. La situación sanitaria hizo que estas entidades se tuvieran que adaptar rápidamente al contexto, trasladando así gran parte de sus actividades presenciales al ámbito digital.

En cuanto a los programas de información para acceder a servicios digitales, se observa a partir del relevamiento de los sitios web que se encuentran en un período inicial de desarrollo. Esto podría generar como consecuencia que un alto número de afiliados continúe optando por concurrir a las oficinas, utilizando los métodos tradicionales de atención al público, por no contar con una adecuada información acerca de los servicios ofrecidos en las plataformas digitales.

5. Bibliografía

- Aguaiza, D. G., Santos Álvarez, M. y García Pena, M. (2018). El rol de las TICs en la reducción de la brecha para el acceso a la salud. *ReHuSo; Revista de Ciencias Humanísticas y Sociales*, 3(2), 57-66.
- Amadasi, E., Tinoboras, C. (2017). Las condiciones de salud de las personas mayores: sus aspectos más críticos [en línea]. Serie del Bicentenario 2010-2016, boletín nº 2. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores. Universidad Católica Argentina.
- Apolinario, O., Medina Moreira, J. L., Luna Aveiga, H., García Díaz, J. A., y Valencia García, R. (2018). Tecnologías inteligentes para la autogestión de la salud. *Procesamiento del Lenguaje Natural*, 61, 159-162.
- Atencio, P., Sánchez Torres, G., Iral Palomino, R., Branch Bedoya, J., y Burgos, D. (2021). Arquitectura conceptual de plataforma tecnológica de vigilancia epidemiológica para la COVID 19. *Campus Virtuales*, 10(1), 21-34.
- Bunge, M. (2015). Epistemología. Siglo XXI editores. México.
- Caro Saenz, C. A. (2020). Diseño de herramienta para el análisis, reporte y toma de decisiones basado en indicadores del sistema de información para la calidad en salud en clínica Zayma S.A.S (Tesis de Grado). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Cogley, R. (2013). ¿Polo geronte a principios del siglo XXI? Recuperado de: <http://www.observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiadeltransporte/01.pdf>.
- de la Selva, A. R. (2015). Los nuevos rostros de la desigualdad en el siglo XXI: la brecha digital. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 60(223), 265-286.
- Diez Tetamanti, J. M., Rocha, E., Munsberg, G., Peixoto Castro, J. H., Neutzling, A. D., Jaime, S. F., y Schuler, L. J. (2018). Desarrollo de un sistema georreferenciado para la gestión, movilidad y monitoreo de atención primaria de la salud comunitaria. *Salud Colectiva*, 14(1), 121-137.
- Echeverri Ocampo, I., Uriana Triana, M., Ariza, P. P., y Mantilla, M. (2018). El trabajo colaborativo entre ingenieros y personal de la salud para el desarrollo de proyectos en salud digital: una visión al futuro para lograr tener éxito. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(4), 400-405.
- Escaf, L., Cienfuegos, R., y Jácome, M. (2019). Redes sociales como principal aliado de las plataformas omnicanal en la atención de usuarios del sistema de salud. *Revista Colombiana de Tecnología Avanzada*, 2(34), 30-34.
- Galán Rodas, E., y Zamora, A. (2015). Alfabetización Digital en Salud para fortalecer los sistemas de salud en Centroamérica. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 1(1), 29-33.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). Nivel de educación alcanzado. Recuperado de: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-33-97>.
- Lebel, J. (2005). Salud: un enfoque ecosistémico. Ottawa, Canadá: IDRC.
- León-Castañeda, C. D. (2019). Salud electrónica (e-Salud): un marco conceptual de implementación en servicios de salud. *Gaceta Médica de México*, 155(2), 176-183.
- Montero Delgado, J., Merino Alonso, F., Monte Boquet, E., Ávila de Tomás, J., y Cepeda Díez, J. (2020). Competencias digitales clave de los profesionales sanitarios. *Educación Médica*, 21(5), 339-344.

Quispe Juli, C., Vela Anton, P., Meza Rodriguez, M., y Moquillaza Alcántara, V. (2020). COVID-19: una pandemia en la era de la salud digital. Preprint 2020 Recuperado de <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/164>

Reeves, J. J., Hollandsworth, H. M., Torriano, F. J., Taplitz, R., Abeles, S., Tai-Seale, M., Longhurst, C. A. (2020). Rapid Response to COVID-19: health informatics support for outbreak management in a academic health system. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(6), 853-589.

Rodriguez Cabrera, A., Collazo Ramo, M., Ricard, C., Luis, J., Álvarez Vázquez, L., & Castañeda Abascal, I. (2017). Percepciones de adultos mayores y prestadores acerca de la accesibilidad a servicios de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(3), 349-360.

Sánchez Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89.

Sunkel, G., y Ullmann, H. (2019). Las personas mayores de América Latina en la era digital: superación de la brecha digital. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 243-268.

Uriel, E. y Aldás, J. (2005). *Análisis Multivariante Aplicado. Aplicaciones al Marketing, Investigación de Mercados, Economía, Dirección de Empresas y Turismo*. Thomson.