

COLAB · CENTRO DE INTERVENCIÓN EN SALUD DIGITAL

GUÍA OPERATIVA

Guía ampliada para implementar telemedicina en servicios de salud sexual y reproductiva

Implementación en servicios de salud sexual y reproductiva

Versión: consolidado detallado · Secciones 2 a 9

Fecha de generación: 10 de junio de 2026

En alianza con IPPF · Profamilia



Tabla de contenido

Nota de uso

Este documento consolida y organiza las secciones desarrolladas para una guía práctica dirigida a asociaciones que desean implementar telemedicina en servicios de salud sexual y reproductiva, incluso si no cuentan con experiencia previa. El enfoque es operativo: cada sección incluye criterios, decisiones, herramientas, ejemplos, matrices y checklists que pueden adaptarse al contexto regulatorio, clínico y operativo de cada país.

2. Principios de diseño para telemedicina en SSR

Propósito de la sección

La telemedicina en salud sexual y reproductiva no debe diseñarse como una simple traducción de la consulta presencial a una videollamada. Debe entenderse como una ruta de cuidado que combina acceso remoto, seguridad clínica, confidencialidad, derechos, equidad digital, continuidad y articulación con servicios presenciales.

Los principios de diseño funcionan como criterios permanentes para tomar decisiones durante todo el ciclo de implementación: selección del caso de uso, segmentación de población, elección de tecnología, diseño de flujos, capacitación, piloto, monitoreo y escalamiento.

La pregunta central de esta sección es:

¿Qué principios deben guiar todas las decisiones para que la telemedicina en SSR sea segura, confidencial, equitativa, centrada en la persona y clínicamente responsable?

2.1 Principio 1: Atención centrada en la persona

Qué significa

La atención centrada en la persona significa diseñar el servicio desde la experiencia real de quienes lo van a usar. En SSR, esto implica reconocer que las personas pueden enfrentar barreras de estigma, miedo, distancia, costo, falta de privacidad, baja conectividad, violencia, discriminación, barreras lingüísticas o experiencias previas negativas con servicios de salud.

La persona no debe adaptarse forzosamente al canal digital. El canal, el lenguaje, el flujo y el seguimiento deben adaptarse a sus necesidades y condiciones.

Por qué importa en SSR

Los servicios de SSR suelen abordar temas íntimos: anticoncepción, ITS, VIH, PrEP, aborto donde la ley lo permite, salud menstrual, embarazo, postparto, violencia sexual, identidad de género, orientación sexual o decisiones reproductivas. Si la atención no es cuidadosa, respetuosa y clara, la persona puede omitir información, abandonar el servicio o evitar volver.

Cómo aplicarlo

- Preguntar por el canal preferido: llamada, video, mensajería, chat seguro o presencial.
- Confirmar si la persona puede hablar con privacidad antes de hacer preguntas sensibles.
- Explicar el alcance de la telemedicina en lenguaje claro.
- Evitar tecnicismos y lenguaje moralizante.

- Presentar opciones sin presionar una decisión.
- Confirmar comprensión usando preguntas de cierre.
- Ofrecer rutas presenciales cuando sean necesarias o preferidas.
- Ajustar materiales a idioma, alfabetización, discapacidad y contexto cultural.

Requisitos mínimos

Elemento	Requisito
Canal	Debe elegirse según seguridad, accesibilidad y preferencia de la persona.
Lenguaje	Debe ser claro, respetuoso, inclusivo y no estigmatizante.
Decisión informada	La persona debe comprender opciones, riesgos, beneficios y alternativas.
Privacidad	Debe verificarse antes de tratar temas sensibles.
Continuidad	La persona debe saber qué ocurre después de la atención remota.

Ejemplo práctico

En una consulta de consejería anticonceptiva, no basta con explicar métodos. El equipo debe explorar preferencias, preocupaciones, expectativas, experiencias previas, posibles efectos secundarios, condiciones de privacidad, posibilidad de seguimiento y necesidad de atención presencial para métodos como DIU o implante.

2.2 Principio 2: Confidencialidad por defecto

Qué significa

La confidencialidad debe estar incorporada desde el diseño y no depender de decisiones improvisadas del equipo. En telemedicina SSR, la confidencialidad tiene dos dimensiones:

1. **Confidencialidad institucional:** cómo la organización protege datos, historia clínica, accesos, canales, mensajes, grabaciones y documentos.
2. **Confidencialidad del entorno de la persona:** si la persona tiene un lugar seguro para hablar, un dispositivo propio, un canal no monitoreado y control sobre quién puede ver sus mensajes.

Por qué importa en SSR

Una notificación, un mensaje o una llamada pueden revelar información sensible. Por ejemplo, mencionar “ITS”, “VIH”, “PrEP”, “aborto” o “anticoncepción” en un mensaje visible puede exponer a la persona a estigma, conflicto, violencia o discriminación.

Cómo aplicarlo

- Usar canales institucionales, no cuentas personales.
- Evitar mensajes con información sensible.
- Confirmar si el número o canal es seguro.
- Preguntar si la persona puede hablar con privacidad.
- No dejar mensajes de voz con información clínica sensible.
- No grabar consultas por defecto.
- Restringir acceso a información sensible por rol.
- Tener protocolo de incidentes de privacidad.

Preguntas útiles

- ¿Estás en un lugar donde puedes hablar con privacidad?
- ¿Hay alguien cerca que pueda escucharte?
- ¿Este número es seguro para enviarte información?
- ¿Prefieres que no enviemos mensajes con detalles?
- Si se corta la llamada, ¿es seguro que volvamos a contactarte?
- ¿Hay un horario más seguro para hablar?

Ejemplo de mensaje seguro

“Te recordamos tu cita de salud el día ____ a las _____. Si necesitas cambiar el horario o el canal, responde a este mensaje.”

Ejemplo de mensaje inseguro

“Recuerda tu cita de ITS/VIH/anticoncepción/aborto mañana.”

2.3 Principio 3: Modelo híbrido, no sustitución total

Qué significa

La telemedicina no debe reemplazar toda la atención presencial. Debe integrarse con ella. Un modelo híbrido define qué se resuelve remotamente, qué se inicia remotamente pero requiere presencialidad, y qué debe ir directamente a atención presencial o urgente.

Por qué importa

En SSR, muchos servicios requieren examen físico, toma de muestras, ecografía, procedimientos, entrega de medicamentos, atención psicosocial o rutas de protección. La telemedicina puede facilitar acceso, orientación y seguimiento, pero no debe retrasar atención presencial necesaria.

Aplicaciones del modelo híbrido

- Consejería anticonceptiva remota + inserción presencial de DIU.
- Seguimiento remoto de ITS + toma de muestras en laboratorio.

- Entrega remota de resultados + cita presencial si hay resultado crítico.
- Triage remoto + urgencia si hay dolor severo, sangrado o fiebre.
- Atención remota de postparto + derivación presencial ante signos de alarma.
- Mensajería neutra + llamada segura para información sensible.

Requisitos mínimos

Elemento	Requisito
Criterios de elegibilidad	Definir quién puede continuar remoto.
Criterios de exclusión	Definir quién requiere presencialidad.
Ruta presencial	Debe estar disponible y conocida.
Ruta urgente	Debe estar definida para signos de alarma.
Seguimiento	Debe documentarse y tener responsable.

Regla práctica

Remoto cuando sea seguro y agregue valor; presencial cuando sea necesario para proteger calidad, seguridad o continuidad.

2.4 Principio 4: Adecuación clínica y seguridad del paciente

Qué significa

La telemedicina debe usarse solo cuando sea clínicamente adecuada. Esto requiere protocolos específicos por caso de uso, preguntas mínimas, banderas rojas, criterios de derivación y documentación.

Por qué importa

Un servicio remoto mal delimitado puede generar retrasos, diagnósticos incompletos, pérdida de seguimiento o prescripción inadecuada. La seguridad clínica depende de identificar qué se puede resolver remotamente y cuándo la modalidad remota no basta.

Elementos mínimos

Elemento	Pregunta
Elegibilidad	¿Quién puede atenderse remotamente?
Exclusión	¿Quién debe derivarse?
Banderas rojas	¿Qué signos obligan a escalar?
Decisión clínica	¿Resolver, seguir, ordenar, derivar o urgencia?
Documentación	¿Qué debe quedar en historia clínica?

Elemento	Pregunta
Seguimiento	¿Cuándo y quién contacta nuevamente?

Ejemplos de banderas rojas generales en SSR

- Dolor pélvico intenso.
- Sangrado abundante.
- Fiebre alta.
- Desmayo o deterioro clínico.
- Sospecha de embarazo ectópico.
- Violencia sexual reciente.
- Riesgo suicida o autolesión.
- Falta de privacidad con posible coerción.
- Resultado crítico.
- Signos severos postprocedimiento o postmedicación.

2.5 Principio 5: Equidad digital

Qué significa

La equidad digital implica asegurar que la telemedicina no beneficie solo a personas con mejor conectividad, mayor alfabetización digital, dispositivos propios o espacios privados. El diseño debe contemplar poblaciones con baja conectividad, teléfonos compartidos, discapacidad, barreras de idioma, ruralidad, costos de datos o temor a exposición.

Cómo aplicarlo

- Ofrecer alternativas al video.
- Usar llamada telefónica como canal válido.
- Diseñar mensajes de bajo consumo.
- Dar instrucciones simples.
- Ofrecer soporte antes de la consulta.
- Mantener rutas presenciales.
- Usar materiales accesibles.
- Medir uso por canal, territorio y barreras reportadas.
- Identificar grupos que no están accediendo.

Ejemplo

Si un piloto muestra que el 90% de consultas se hacen por video y casi todas son de población urbana, puede haber una brecha digital. El modelo debería fortalecer teléfono, horarios flexibles, mensajes neutros y rutas presenciales para población rural o con baja conectividad.

2.6 Principio 6: Enfoque de derechos, género y no discriminación

Qué significa

La telemedicina en SSR debe proteger autonomía, dignidad, confidencialidad, igualdad y decisión informada. No debe imponer decisiones ni reproducir estigma o discriminación.

Cómo aplicarlo

- Usar lenguaje inclusivo.
- No asumir identidad, orientación sexual, tipo de pareja o deseo reproductivo.
- Respetar decisiones informadas.
- Identificar coerción reproductiva.
- Asegurar confidencialidad en adolescentes según normativa local.
- Adaptar el servicio a personas con discapacidad, migrantes o barreras lingüísticas.
- Capacitar al equipo en trato digno y no discriminatorio.

Frase útil

“Mi rol es darte información clara sobre tus opciones para que puedas tomar una decisión informada. Si hay algo que prefieres no responder ahora o necesitas hablar en otro momento, podemos hacerlo.”

2.7 Principio 7: Simplicidad operativa

Qué significa

Un modelo complejo puede fracasar aunque sea clínicamente correcto. El flujo debe ser claro para pacientes y equipos. Cada persona del equipo debe saber qué hacer, cuándo hacerlo y cuándo escalar.

Debe quedar definido

- Cómo entra la persona al servicio.
- Quién agenda.
- Quién verifica privacidad.
- Quién realiza triage.
- Quién atiende.
- Quién documenta.
- Quién coordina laboratorio, farmacia o presencialidad.
- Quién hace seguimiento.

- Cuándo se cierra el caso.

2.8 Principio 8: Medición continua y aprendizaje

Qué significa

La telemedicina debe medirse desde el piloto. La medición debe servir para tomar decisiones, no solo para reportar volumen.

Dimensiones mínimas

Dimensión	Indicadores
Acceso	Solicitudes, citas, tiempo de espera, no-show.
Seguridad	Banderas rojas, derivaciones, eventos adversos.
Privacidad	Consentimiento, privacidad verificada, incidentes.
Continuidad	Seguimientos, resultados, entregas, derivaciones cerradas.
Experiencia	Satisfacción, comprensión del plan, quejas.
Equidad	Uso por canal, territorio, edad, barreras.
Operación	Fallas técnicas, duración, carga del equipo.

2.9 Cómo traducir los principios en decisiones concretas

Principio	Decisión concreta
Centrado en la persona	Ofrecer canal alternativo y confirmar comprensión.
Confidencialidad	Usar mensajes neutros y verificar canal seguro.
Modelo híbrido	Definir ruta presencial y urgente.
Seguridad clínica	Crear criterios de elegibilidad y banderas rojas.
Equidad digital	No depender solo de videollamada.
Derechos	Capacitar en lenguaje no discriminatorio.
Simplicidad	Documentar roles y flujo.
Medición	Crear tablero mínimo desde el piloto.

2.10 Checklist para validar principios antes del piloto

- ¿El servicio responde a una necesidad real de la población?
- ¿La persona puede elegir o cambiar canal?
- ¿Hay mensajes neutros?

- ¿Se verifica privacidad?
- ¿Existe consentimiento informado remoto?
- ¿Hay criterios de elegibilidad y exclusión?
- ¿Hay banderas rojas clínicas y sociales?
- ¿Existe ruta presencial y urgente?
- ¿Hay alternativa al video?
- ¿El equipo fue capacitado en enfoque de derechos?
- ¿Hay indicadores mínimos?
- ¿Se definió quién revisa incidentes y aprendizajes?

Fuentes de apoyo para esta sección

- World Health Organization. *Consolidated telemedicine implementation guide*. 2022.
- World Health Organization. *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. 2019.
- World Health Organization. *Self-care interventions for sexual and reproductive health*. WHO SRH resources.
- HRP, WHO, UNDP, UNFPA and the World Bank. *Self-care interventions for sexual and reproductive health and rights to advance universal health coverage*. 2023.
- Agency for Healthcare Research and Quality. *The Evidence Base for Telehealth*. 2020.

3. Dónde suele aportar más valor y dónde no basta

Propósito de la sección

La telemedicina en salud sexual y reproductiva no debe implementarse como una solución universal para todos los servicios. Su mayor valor aparece cuando se usa para resolver necesidades concretas: reducir barreras de acceso, mejorar continuidad, facilitar consejería, entregar información, acompañar seguimiento o navegar a la persona dentro de una ruta de cuidado.

También hay situaciones donde la telemedicina no basta. Si se requiere examen físico, muestra, ecografía, procedimiento, atención urgente, protección presencial o una intervención que la regulación exige de forma presencial, el canal remoto debe servir como puerta de entrada, orientación o seguimiento, pero no como sustituto de la atención requerida.

La pregunta principal de esta sección es:

¿En qué servicios de SSR la telemedicina suele aportar más valor y en cuáles debe usarse solo como apoyo o triage?

3.1 Criterios para decidir si un servicio de SSR es buen candidato para telemedicina

Antes de seleccionar servicios para un piloto, la asociación debe evaluar cada servicio con criterios clínicos, operativos, tecnológicos, legales y de equidad.

Criterio 1. Bajo requerimiento de examen físico inmediato

Un servicio es mejor candidato cuando la interacción puede resolverse principalmente mediante conversación clínica, educación, orientación, revisión de antecedentes, consejería, seguimiento o lectura de resultados.

Ejemplos:

- Consejería anticonceptiva.
- Educación sobre métodos.
- Seguimiento de efectos secundarios leves.
- Entrega y explicación de resultados no críticos.
- Orientación inicial sobre síntomas de baja complejidad.
- Seguimiento de adherencia.

No es buen candidato para resolución remota completa cuando requiere examen físico, toma de muestras, ecografía, procedimiento, administración presencial de medicamentos o evaluación urgente.

Criterio 2. Necesidad alta de continuidad

La telemedicina aporta valor cuando evita que la persona pierda contacto con el sistema de salud después de una consulta inicial, diagnóstico, resultado, inicio de tratamiento o evento reproductivo.

Esto es relevante en:

- Anticoncepción.
- ITS.
- VIH.
- PrEP.
- Postparto.
- Lactancia.
- Salud menstrual.
- Seguimiento posterior a resultados.
- Navegación hacia procedimientos o controles.

Criterio 3. Barreras importantes de acceso o estigma

La telemedicina puede ser útil cuando la persona enfrenta:

- Distancia geográfica.
- Costo de transporte.
- Tiempo de espera.
- Restricciones laborales.
- Responsabilidades de cuidado.
- Discapacidad.
- Estigma.
- Miedo a ser vista en una clínica.
- Discriminación.
- Falta de servicios cercanos.

Criterio 4. Posibilidad de estandarizar protocolos

Un buen caso de uso debe permitir definir:

- Preguntas mínimas.
- Criterios de elegibilidad.
- Criterios de exclusión.
- Banderas rojas.
- Mensajes educativos.
- Plan de seguimiento.

- Ruta de derivación presencial.

Criterio 5. Riesgo manejable mediante triage

Algunos servicios pueden iniciar por telemedicina, pero requieren triage para decidir si la persona puede continuar remota o debe pasar a atención presencial.

Criterio 6. Capacidad de activar red de apoyo

La telemedicina funciona mejor cuando se conecta con:

- Farmacia.
- Laboratorio.
- Imágenes.
- Servicios presenciales.
- Referencias.
- Apoyo psicosocial.
- Rutas de protección.
- Navegación del paciente.

3.2 Servicios donde la telemedicina suele aportar más valor

3.2.1 Consejería anticonceptiva

Por qué aporta valor

La consejería anticonceptiva es uno de los mejores casos iniciales porque gran parte del proceso consiste en educación, escucha de preferencias, revisión de antecedentes, explicación de opciones, resolución de dudas y apoyo a la toma de decisiones.

Qué puede hacerse por telemedicina

- Orientación sobre métodos anticonceptivos.
- Revisión de preferencias y expectativas.
- Explicación de eficacia, uso correcto, efectos secundarios y señales de alarma.
- Consejería sobre anticoncepción de emergencia.
- Seguimiento de efectos secundarios.
- Orientación para cambio o continuidad del método.
- Programación de atención presencial para métodos que requieren procedimiento.

Qué probablemente requiere presencialidad

- Inserción o retiro de implantes.
- Inserción o retiro de DIU.
- Evaluación física ante síntomas de alarma.

- Manejo de complicaciones.
- Procedimientos o suministro no resoluble mediante red de entrega o farmacia.

Requisitos mínimos

Elemento	Requisito
Protocolo clínico	Definir qué métodos pueden indicarse o renovarse según normativa.
Triage	Identificar contraindicaciones, embarazo posible o signos de alarma.
Consentimiento	Asegurar decisión informada.
Ruta presencial	Coordinar inserción, retiro o examen si aplica.
Seguimiento	Verificar tolerancia, adherencia y dudas posteriores.

3.2.2 Seguimiento de ITS, VIH y PrEP

Por qué aporta valor

La telemedicina puede aportar valor en prevención, educación, entrega de resultados, adherencia, seguimiento de tratamiento y navegación de servicios relacionados con ITS, VIH y PrEP.

Qué puede hacerse por telemedicina

- Consejería pre y post prueba.
- Educación sobre prevención.
- Entrega y explicación de resultados según protocolo.
- Seguimiento de adherencia.
- Orientación sobre PrEP.
- Resolución de dudas sobre efectos secundarios.
- Recordatorios de controles.
- Navegación para toma de muestras o pruebas confirmatorias.

Qué requiere presencialidad

- Toma de muestras.
- Examen físico.
- Pruebas confirmatorias.
- Manejo de síntomas severos.
- Administración de tratamientos que requieren presencialidad.

Requisitos mínimos

Elemento	Requisito
Confidencialidad reforzada	Evitar mensajes que revelen diagnóstico, prueba o tratamiento.
Ruta de laboratorio	Definir toma de muestras y entrega de resultados.
Protocolo de resultados	Definir quién comunica, por qué canal y con qué guion.
Seguimiento	Monitorear adherencia, eventos adversos y controles.
Derivación	Activar presencialidad ante síntomas o complicaciones.

3.2.3 Entrega de resultados, educación y navegación del paciente

Por qué aporta valor

La entrega de resultados y la educación posterior suelen generar ansiedad, dudas y necesidad de orientación. Muchas veces no requieren una consulta presencial completa, pero sí requieren una comunicación clara, segura y documentada.

Qué puede hacerse por telemedicina

- Explicación de resultados.
- Educación sobre diagnóstico o hallazgo.
- Orientación sobre tratamiento.
- Programación de seguimiento.
- Derivación presencial si el resultado lo requiere.
- Navegación hacia laboratorio, farmacia, procedimiento o consulta especializada.

Requisitos mínimos

Elemento	Requisito
Verificación de identidad	Confirmar que el resultado se entrega a la persona correcta.
Canal seguro	Evitar exposición de información sensible.
Guion clínico	Explicar resultado, significado, límites y próximos pasos.
Ruta de acción	Definir fórmula, examen, control, derivación o urgencia.
Registro	Documentar entrega, comprensión y plan acordado.

3.2.4 Salud menstrual, menopausia y síntomas ginecológicos de baja complejidad

La telemedicina puede iniciar con orientación, educación y triage. Sin embargo, requiere protocolos cuidadosos porque algunos síntomas pueden ser señales de condiciones que necesitan examen físico, laboratorio o imágenes.

Puede hacerse remotamente:

- Educación sobre ciclo menstrual.
- Orientación sobre síntomas leves o recurrentes.
- Consejería sobre menopausia.
- Seguimiento de tratamientos.
- Revisión de efectos secundarios.
- Triage inicial de síntomas.

Requiere presencialidad:

- Sangrado abundante o persistente.
- Dolor pélvico severo.
- Fiebre.
- Sospecha de embarazo ectópico.
- Síntomas nuevos o progresivos.
- Necesidad de examen, ecografía o laboratorio.

3.2.5 Seguimiento postparto, lactancia y planificación familiar

El postparto es un periodo con barreras de desplazamiento. La telemedicina puede apoyar seguimiento temprano, lactancia, salud mental, identificación de señales de alarma y planificación familiar.

Puede hacerse remotamente:

- Orientación sobre lactancia.
- Resolución de dudas frecuentes.
- Seguimiento emocional inicial.
- Consejería anticonceptiva postparto.
- Identificación de señales de alarma.
- Navegación hacia control presencial.

Requiere presencialidad o urgencia:

- Fiebre.
- Sangrado abundante.
- Dolor intenso.
- Signos de infección.
- Dificultad respiratoria.
- Riesgo de depresión severa o ideación suicida.
- Evaluación del recién nacido cuando aplique.

3.2.6 Aborto con medicamentos, donde la ley lo permite

El aborto con medicamentos mediante telemedicina debe manejarse con especial cautela y solo cuando el marco legal lo permite. Requiere protocolos estrictos, elegibilidad clínica, consentimiento informado, seguimiento, información clara y ruta de urgencia.

Puede hacerse remotamente, si la ley y el modelo clínico lo permiten:

- Información sobre opciones disponibles.
- Consejería.
- Evaluación inicial de elegibilidad según protocolo.
- Consentimiento informado.
- Explicación del proceso.
- Seguimiento posterior.
- Identificación de signos de alarma.
- Orientación sobre anticoncepción posterior.

Requiere especial cuidado o presencialidad:

- Incertidumbre sobre edad gestacional cuando el protocolo lo requiere.
- Dolor intenso.
- Sangrado excesivo.
- Fiebre.
- Sospecha de embarazo ectópico.
- Falta de privacidad o coerción.
- Riesgo de violencia.
- Imposibilidad de acceder a atención urgente.
- Restricciones legales.

3.3 Servicios o situaciones donde la telemedicina no basta

Emergencias, dolor agudo o deterioro clínico

La telemedicina puede orientar, pero no resolver. Debe activar atención presencial o urgente.

Banderas rojas:

- Dolor pélvico intenso.
- Sangrado abundante.
- Fiebre alta.
- Desmayo.
- Dificultad respiratoria.

- Dolor abdominal agudo.
- Sospecha de embarazo ectópico.
- Signos de infección severa.
- Complicaciones postprocedimiento.

Necesidad de examen físico, toma de muestras, ecografía o procedimiento

La telemedicina puede preparar, orientar, agendar y hacer seguimiento, pero no reemplazar:

- Inserción o retiro de DIU.
- Inserción o retiro de implante.
- Citología o VPH cuando no exista autotoma validada.
- Toma de muestras para ITS si no hay kit domiciliario o punto externo.
- Ecografía.
- Procedimientos ginecológicos.
- Evaluación física por dolor, masa, sangrado o secreción severa.

Sospecha de violencia sexual, violencia de pareja o riesgo inmediato

El entorno remoto puede limitar la capacidad del profesional para saber si la persona está siendo escuchada, controlada o presionada. La prioridad es la seguridad de la persona.

Señales de alerta:

- La persona no puede hablar libremente.
- Alguien responde por ella.
- Cambia respuestas cuando alguien entra.
- Solicita ayuda indirectamente.
- Menciona agresión sexual reciente.
- Hay riesgo para su vida o integridad.
- Hay coerción sobre anticoncepción, embarazo o aborto.

Cuando no hay privacidad suficiente

La falta de privacidad puede hacer insegura la consulta. La persona puede omitir información, responder falsamente o exponerse a daño si alguien escucha o revisa mensajes.

Cuando la regulación local no permite resolver el servicio de forma remota

Cada país puede tener reglas distintas sobre telemedicina, prescripción, consentimiento, atención a adolescentes, protección de datos, historia clínica, aborto, medicamentos, firma digital o atención transfronteriza.

3.4 Matriz ampliada de priorización de servicios

Servicio SSR	Valor potencial de telemedicina	Complejidad clínica	Necesidad presencial	Nivel recomendado
Consejería anticonceptiva	Alto	Baja-media	Baja/media	Piloto inicial
Entrega de resultados y educación	Alto	Baja-media	Baja, salvo resultado crítico	Piloto inicial
Seguimiento ITS/VIH/PrEP	Alto	Media	Media	Piloto inicial o fase 2
Salud menstrual y menopausia	Medio-alto	Media	Variable	Fase 2
Postparto y lactancia	Alto	Media	Variable	Fase 2
Aborto con medicamentos, donde sea legal	Alto	Alta	Variable	Solo con protocolo robusto
Procedimientos ginecológicos	Bajo como remoto puro	Alta	Alta	No como telemedicina pura
Urgencias SSR	Bajo como remoto puro	Alta	Alta	Solo triage y derivación
Violencia sexual reciente	Bajo como remoto puro	Alta	Alta	Salvaguarda y presencialidad

3.5 Cómo seleccionar el primer caso de uso

Para una asociación sin experiencia previa, se recomienda iniciar con un servicio que:

1. Tiene alta demanda.
2. Tiene bajo riesgo clínico si se aplican criterios de elegibilidad.
3. Requiere educación, consejería o seguimiento.
4. Puede avanzar sin examen físico inmediato.
5. Tiene ruta presencial clara.
6. Puede medirse con indicadores simples.
7. El equipo clínico conoce bien.
8. Usa tecnología simple.
9. La regulación permite.
10. Puede incluir personas con baja conectividad.

Casos recomendados para primera fase

- Consejería anticonceptiva.

- Educación y entrega de resultados.
- Seguimiento de ITS/VIH/PrEP con ruta de laboratorio definida.
- Seguimiento postconsulta o postratamiento.
- Navegación del paciente.

Casos para fase posterior

- Aborto con medicamentos donde la ley lo permite.
- Seguimiento postparto integral.
- Servicios para adolescentes con alta complejidad regulatoria.
- Síntomas ginecológicos complejos.
- Servicios con fuerte dependencia de laboratorio, farmacia o imágenes.

3.6 Árbol de decisión básico

1. ¿Hay emergencia, dolor intenso, sangrado severo, fiebre, desmayo, violencia sexual reciente o riesgo inmediato?
 - Sí: ruta urgente/presencial.
 - No: continuar.
1. ¿El motivo requiere examen físico, muestra, ecografía o procedimiento para decidir con seguridad?
 - Sí: orientar y agendar presencial.
 - No: continuar.
1. ¿La persona tiene privacidad suficiente?
 - Sí: continuar.
 - No: cambiar canal, reprogramar o activar ruta segura.
1. ¿La regulación permite este servicio remoto?
 - Sí: continuar.
 - No: presencial o ajustar alcance.
1. ¿Existe protocolo, profesional entrenado y seguimiento?
 - Sí: atender por telemedicina.
 - No: no iniciar hasta completar condiciones mínimas.

Fuentes de apoyo para esta sección

- World Health Organization. *Consolidated telemedicine implementation guide*. 2022.
- Agency for Healthcare Research and Quality. *Telehealth: Mapping the Evidence for Patient Outcomes From Systematic Reviews*. 2016.
- Agency for Healthcare Research and Quality. *The Evidence Base for Telehealth*. 2020.

- World Health Organization. *Self-care interventions for sexual and reproductive health*. WHO SRH resources.
- HRP, WHO, UNDP, UNFPA and the World Bank. *Self-care interventions for SRHR to advance universal health coverage*. 2023.

4. Ruta de implementación en 8 pasos

Esta sección presenta una ruta práctica para implementar telemedicina en SSR. Los pasos son secuenciales, pero también iterativos: lo aprendido en el piloto puede obligar a revisar el caso de uso, la segmentación, el canal, la operación o los indicadores.

Paso 1. Definir el caso de uso

Objetivo del paso

El primer paso es definir **para qué problema específico** se usará la modalidad remota. Muchas organizaciones empiezan por la tecnología, pero una implementación sólida debe comenzar preguntando:

¿Qué necesidad concreta de atención, acceso, continuidad, seguimiento o educación queremos resolver mediante telemedicina?

La telemedicina no debe implementarse como “un nuevo canal” aislado, sino como una solución diseñada para un problema bien definido.

Qué es un caso de uso

Un caso de uso es una situación concreta en la que la telemedicina puede aportar valor a una persona usuaria, al equipo clínico o a la organización.

No es lo mismo decir:

“Vamos a implementar telemedicina en SSR.”

que decir:

“Vamos a implementar telemedicina para consejería anticonceptiva inicial en personas adultas, con triage previo, ruta presencial para métodos de larga duración y seguimiento remoto a los 30 días.”

La segunda formulación define:

- Servicio.
- Población.
- Parte remota.
- Parte presencial.
- Criterios clínicos.
- Equipo.
- Resultado esperado.

- Indicadores.

Por qué este paso es crítico

Definir mal el caso de uso genera problemas posteriores:

- Se intenta resolver por telemedicina algo que requiere examen físico.
- Se ofrece consulta virtual sin ruta presencial.
- Se selecciona una plataforma inadecuada para la conectividad real.
- El equipo no sabe qué resolver y qué derivar.
- No se definen indicadores.
- No se puede demostrar impacto.
- El servicio parece fallar, aunque el problema fue el diseño inicial.

Pregunta guía

¿Cuál es el servicio específico de SSR que queremos mejorar mediante telemedicina, para qué población, en qué momento de la ruta de atención y con qué resultado esperado?

Componentes de la respuesta

Componente	Pregunta
Servicio	¿Qué atención de SSR se va a ofrecer o apoyar?
Población	¿A qué personas usuarias está dirigida?
Momento	¿Será antes, durante o después de una consulta presencial?
Modalidad	¿Será video, llamada, chat, mensajería segura o modelo mixto?
Resultado	¿Qué mejora se busca: acceso, continuidad, calidad, experiencia, eficiencia o equidad?

Cómo identificar posibles casos de uso

A. Revisar el portafolio actual

- Consejería anticonceptiva.
- Planificación familiar.
- Seguimiento de métodos.
- ITS.
- VIH.
- PrEP.

- Salud menstrual.
- Menopausia.
- Postparto.
- Lactancia.
- Entrega de resultados.
- Educación sexual.
- Orientación sobre aborto donde la ley lo permite.
- Seguimiento postconsulta.
- Navegación del paciente.
- Atención a adolescentes.
- Servicios para poblaciones rurales.

B. Identificar dolores del servicio

Tipo de problema	Ejemplos
Acceso	Distancia, listas de espera, costos.
Continuidad	La persona no vuelve a control.
Confidencialidad	Evita atención presencial por estigma.
Eficiencia	Consultas presenciales resolubles remotamente.
Seguimiento	No se verifica adherencia o evolución.
Navegación	La persona no sabe a dónde ir.
Equidad	Algunos grupos usan menos servicios.

C. Preguntar dónde aporta valor

- ¿Reduce una barrera real?
- ¿Evita desplazamientos innecesarios?
- ¿Mejora continuidad?
- ¿Permite entregar información más rápido?
- ¿Facilita seguimiento?
- ¿Aumenta confidencialidad o comodidad?
- ¿Conecta mejor con la ruta presencial?

Crterios para priorizar

Criterio	Pregunta clave
Demanda	¿Tiene volumen suficiente o necesidad evidente?

Criterio	Pregunta clave
Barrera de acceso	¿La población enfrenta distancia, costo, tiempo o estigma?
Bajo riesgo clínico inicial	¿Puede iniciarse sin examen físico inmediato?
Protocolo claro	¿Se pueden definir criterios y banderas rojas?
Ruta presencial	¿Existe dónde derivar?
Capacidad del equipo	¿El equipo conoce el servicio?
Tecnología simple	¿Funciona con teléfono, video o mensajería segura?
Medición posible	¿Se pueden medir acceso, calidad y continuidad?
Viabilidad regulatoria	¿La normativa lo permite?
Equidad	¿Puede incluir baja conectividad o barreras digitales?

Matriz de priorización

Calificar cada criterio de 1 a 5.

Criterio	1 punto	3 puntos	5 puntos
Demanda	Baja	Media	Alta
Barrera de acceso	Baja	Media	Alta
Dependencia de examen físico	Alta	Media	Baja
Claridad del protocolo	Baja	Parcial	Alta
Ruta presencial	No existe	Parcial	Clara
Preparación del equipo	Baja	Media	Alta
Complejidad tecnológica	Alta	Media	Baja
Medición	Baja	Media	Alta
Viabilidad regulatoria	Dudosa	Requiere ajustes	Clara
Potencial de equidad	Bajo	Medio	Alto

Interpretación:

Puntaje	Interpretación
40–50	Muy buen candidato para piloto inicial.
30–39	Candidato posible con ajustes.
20–29	Mejor fase posterior.

Puntaje	Interpretación
<20	No recomendable como primer caso.

Plantilla de ficha de caso de uso

Campo	Descripción
Nombre	Nombre del caso.
Problema	Barrera o necesidad concreta.
Población objetivo	Edad, ubicación, segmento o condición.
Servicio incluido	Qué se ofrece por telemedicina.
Servicio excluido	Qué no se resolverá remoto.
Canal inicial	Video, llamada, chat, formulario.
Momento de la ruta	Antes, durante, después o entre consultas.
Elegibilidad	Quién puede atenderse remoto.
Exclusión	Quién debe pasar a presencialidad.
Banderas rojas	Situaciones que activan derivación.
Ruta presencial	Dónde se atiende si requiere examen/procedimiento/urgencia.
Equipo	Roles clínicos y operativos.
Datos a registrar	Información mínima.
Indicadores	Acceso, calidad, experiencia, continuidad.
Riesgos	Privacidad, seguridad clínica, conectividad.
Mitigaciones	Acciones para reducir riesgos.
Decisión	Aprobado, requiere ajustes o no viable.

Producto final del Paso 1

- Lista de posibles casos de uso.
- Matriz de priorización diligenciada.
- Selección de uno o dos casos para piloto.
- Ficha escrita del caso seleccionado.
- Validación preliminar clínica, operativa, tecnológica y regulatoria.
- Riesgos principales.
- Indicadores iniciales.
- Decisión formal de continuar al Paso 2.

Paso 2. Segmentar población y riesgos

Objetivo del paso

Después de definir el caso de uso, la asociación debe identificar para quién está diseñado el servicio, qué necesidades tiene esa población, qué barreras enfrenta y qué riesgos deben anticiparse.

La pregunta central es:

¿Qué personas pueden beneficiarse de la telemedicina en este servicio, bajo qué condiciones, y qué personas requieren una ruta diferente por razones clínicas, sociales, digitales, legales o de seguridad?

Qué significa segmentar población

Segmentar población significa dividir a las personas usuarias en grupos relevantes para el diseño del servicio. No se trata de excluir injustificadamente, sino de asegurar que cada persona reciba la modalidad más adecuada.

Dimensiones de segmentación

Dimensión	Pregunta clave
Clínica	¿La persona puede ser atendida de forma remota con seguridad?
Digital	¿Tiene conectividad, dispositivo y habilidades mínimas?
Privacidad	¿Puede hablar o escribir sin ser escuchada o vigilada?
Social	¿Hay barreras de territorio, idioma, discapacidad, edad, estigma o violencia?
Legal/regulatoria	¿La normativa permite atender este grupo por modalidad remota?
Operativa	¿La organización puede ofrecer seguimiento, derivación y soporte?

Resultado esperado

Al finalizar este paso, la asociación debe tener:

1. Población objetivo primaria.
2. Poblaciones con necesidades específicas.
3. Criterios de elegibilidad.
4. Criterios de exclusión o derivación.
5. Banderas rojas clínicas y sociales.
6. Barreras digitales y de privacidad.
7. Apoyos necesarios.

8. Variables mínimas de registro.

Definir la población objetivo primaria

Una definición débil sería:

“Personas que necesitan servicios de SSR.”

Una definición útil sería:

“Personas adultas que solicitan consejería anticonceptiva inicial, sin síntomas de alarma, con posibilidad de comunicación privada y acceso a teléfono o videollamada.”

Plantilla de población objetivo

Campo	Pregunta
Servicio	¿Qué servicio se ofrecerá?
Grupo etario	¿Adultos, adolescentes, jóvenes?
Ubicación	¿Urbana, rural, dispersa, migrante?
Necesidad	¿Consejería, seguimiento, educación, resultados, triage?
Barrera	¿Distancia, estigma, costo, tiempo, baja disponibilidad?
Canal posible	¿Teléfono, video, chat, plataforma?
Condición clínica	¿Sin signos de alarma? ¿En seguimiento?
Presencialidad	¿Nula, baja, media o alta?
Riesgo social	¿Violencia, coerción, falta de privacidad?
Adaptaciones	¿Idioma, discapacidad, baja alfabetización?

Identificar barreras de acceso

Tipo de barrera	Ejemplos
Geográfica	Distancia, ruralidad, transporte limitado.
Económica	Costo de transporte, pérdida de jornada, cuidado de hijos.
Organizacional	Horarios rígidos, listas de espera, procesos confusos.
Social	Estigma, miedo, discriminación, normas de género.
Digital	Falta de datos, mala conexión, celular compartido.
Privacidad	No tener espacio seguro para hablar.
Cultural/lingüística	Idioma, lenguaje técnico, desconfianza.
Discapacidad	Barreras visuales, auditivas, cognitivas o motoras.

Segmentar por nivel de riesgo clínico

Nivel	Descripción	Ruta
Bajo riesgo	Cumple criterios, sin signos de alarma, privacidad suficiente.	Atención remota.
Riesgo moderado	Puede iniciar remoto, pero requiere evaluación adicional.	Triage + posible presencial.
Alto riesgo	Signos clínicos o sociales que hacen insegura la resolución remota.	Presencial, urgencia o salvaguarda.

Semáforo de riesgo

Color	Significado	Acción
Verde	Bajo riesgo	Continuar remoto
Amarillo	Riesgo o incertidumbre moderada	Triage ampliado
Rojo	Riesgo alto	Ruta presencial o urgente

Segmentar por privacidad

Nivel	Situación	Acción
Adecuada	Puede hablar libremente	Continuar
Parcial	Puede responder con limitaciones	Preguntas cerradas, cambiar canal o reprogramar
Sin privacidad	No puede hablar sin riesgo	Reprogramar o canal seguro
En riesgo	Posible control, violencia o coerción	Salvaguarda

Segmentar por capacidad digital

Segmento	Características	Canal recomendado
Alto acceso	Smartphone, datos/Wi-Fi, usa video	Video o plataforma
Intermedio	Celular propio, conexión variable	Llamada + mensajes neutros
Bajo acceso	Datos limitados, bajo uso de apps	Teléfono o SMS neutro
Acceso inseguro	Teléfono compartido/monitoreado	Canal acordado, presencial segura
Sin acceso	Sin dispositivo/conectividad	Presencial o punto asistido

Riesgo social y salvaguarda

Riesgo	Señales posibles
Violencia sexual	Relato directo, miedo, lesiones, crisis.
Violencia de pareja	Control del teléfono, respuestas condicionadas.
Coerción reproductiva	Presión sobre anticoncepción, embarazo o aborto.
Estigma	Miedo a ser vista, rechazo, discriminación.
Falta de red	Aislamiento, dependencia económica.
Autolesión	Ideación suicida, crisis emocional.

Ficha de segmentación

Campo	Descripción
Caso de uso	Servicio seleccionado.
Población objetivo	Grupo principal.
Subgrupos prioritarios	Grupos con mayor necesidad o riesgo.
Elegibles para remoto	Criterios mínimos.
Triage ampliado	Condiciones de incertidumbre.
Presencialidad	Criterios de derivación.
Banderas rojas clínicas	Signos de alarma.
Banderas rojas sociales	Violencia, coerción, privacidad.
Barreras digitales	Conectividad, dispositivo, costo.
Adaptaciones	Teléfono, mensajes neutros, idioma, accesibilidad.
Variables	Datos mínimos.
Responsable	Quién clasifica riesgo.
Escalamiento	A quién se deriva y en qué tiempo.

Producto final del Paso 2

- Población objetivo primaria.
- Subgrupos prioritarios.
- Mapa de barreras.
- Criterios de elegibilidad.
- Criterios de triage ampliado.
- Criterios de derivación.
- Banderas rojas clínicas y sociales.

- Estrategia multicanal.
- Variables mínimas.
- Responsable de clasificación.

Paso 3. Resolver regulación y salvaguardas

Objetivo del paso

Asegurar que el servicio pueda prestarse de forma legal, segura, ética, confidencial y clínicamente responsable.

La pregunta central es:

¿Qué condiciones regulatorias, éticas, clínicas y de protección deben resolverse antes de atender personas por telemedicina en SSR?

Aspectos mínimos

Aspecto	Pregunta clave
Habilitación	¿La organización puede prestar telemedicina?
Licenciamiento	¿Qué profesionales pueden atender remotamente?
Consentimiento	¿La persona entiende límites, riesgos y alternativas?
Datos	¿Cómo se protege información sensible?
Prescripción	¿Qué puede formularse remotamente?
Historia clínica	¿Cómo se registra la atención?
Grupos protegidos	¿Qué reglas aplican para adolescentes o personas en riesgo?
Salvaguarda	¿Qué hacer ante violencia, coerción o riesgo?

Revisión regulatoria mínima

Tema	Preguntas
Modalidad	¿Se acepta video, teléfono, chat o mensajería?
Habilitación	¿Se requiere registro o autorización?
Profesional	¿Qué perfiles pueden prestar el servicio?
Ubicación	¿Puede atenderse a personas fuera de la jurisdicción?
Consentimiento	¿Debe ser verbal, digital o escrito?
Prescripción	¿Qué medicamentos tienen restricciones?
Órdenes	¿Se pueden ordenar laboratorios o imágenes?

Tema	Preguntas
Historia	¿Qué debe quedar registrado?
Datos	¿Qué normas aplican a datos sensibles?
Adolescentes	¿Qué reglas de consentimiento y confidencialidad aplican?
Violencia	¿Qué obligaciones de reporte existen?

Consentimiento informado remoto

Debe explicar:

- Quién presta la atención.
- Qué modalidad se usará.
- Qué puede y no puede resolverse.
- Riesgos y límites de la telemedicina.
- Alternativas presenciales.
- Cómo se protegerán los datos.
- Qué ocurre ante urgencia o riesgo.
- Voluntariedad y posibilidad de cambiar modalidad.

Guion breve

“Antes de iniciar, quiero explicarte que esta atención se realizará por telemedicina. Revisaremos tu motivo de consulta y, si identificamos que necesitas examen físico, pruebas, procedimiento o atención urgente, te orientaremos hacia una ruta presencial. Tu información será tratada de forma confidencial. ¿Aceptas continuar por este canal?”

Salvaguarda

Debe activarse ante:

- Violencia sexual reciente.
- Violencia de pareja.
- Coerción reproductiva.
- Falta de privacidad.
- Riesgo suicida.
- Adolescente con posible abuso.
- Riesgo inmediato.

Protocolo de escalamiento

Tipo	Cuándo aplica	Acción
Presencial programado	Examen, muestra, procedimiento no urgente.	Agendar y preparar.
Presencial prioritario	Síntomas moderados o incertidumbre.	Cita cercana y seguimiento.
Urgencia	Dolor intenso, sangrado, fiebre, violencia sexual reciente.	Atención inmediata.
Salvaguarda	Violencia, coerción, falta de seguridad.	Protocolo de protección.
Soporte técnico	No se completa por falla tecnológica.	Cambiar canal o reprogramar.

Producto final del Paso 3

- Revisión regulatoria.
- Servicios permitidos y excluidos.
- Consentimiento.
- Política de privacidad.
- Protocolo de historia clínica.
- Reglas de prescripción.
- Lineamientos para grupos protegidos.
- Protocolo de salvaguarda.
- Rutas de escalamiento.
- Protocolo de incidentes.

Paso 4. Diseñar el modelo clínico híbrido

Objetivo del paso

Convertir el caso de uso, segmentación y requisitos regulatorios en una ruta clínica-operativa completa.

La pregunta central es:

¿Cómo se integran la atención remota y la presencial para que la persona reciba un servicio seguro, continuo, confidencial y resolutivo?

Componentes mínimos

Componente	Qué define
Alcance clínico	Qué se resuelve remoto y qué no.
Entrada	Cómo llega la persona.
Triage	Cómo se clasifica riesgo.

Componente	Qué define
Elegibilidad	Quién continúa remoto.
Exclusión	Quién se deriva.
Banderas rojas	Qué activa escalamiento.
Consulta	Preguntas, decisiones y educación.
Documentación	Qué queda registrado.
Prescripción/órdenes	Qué se emite si está permitido.
Red de apoyo	Farmacia, laboratorio, imágenes, psicosocial.
Seguimiento	Cuándo y cómo se contacta.
Cierre	Cuándo se considera resuelto.

Antes de la consulta

- Confirmar identidad y datos.
- Confirmar canal.
- Verificar privacidad.
- Identificar motivo.
- Detectar señales tempranas de riesgo.
- Explicar alcance.
- Confirmar consentimiento.
- Preparar a la persona.
- Definir plan B.

Durante la consulta

1. Verificar identidad.
2. Confirmar privacidad.
3. Confirmar consentimiento.
4. Explicar límites del canal.
5. Revisar motivo.
6. Aplicar preguntas mínimas.
7. Evaluar banderas rojas.
8. Tomar decisión clínica.
9. Explicar plan.
10. Confirmar comprensión.
11. Definir seguimiento.

12. Documentar.

Después de la consulta

- Enviar instrucciones seguras.
- Coordinar órdenes, fórmulas o referencias.
- Gestionar laboratorio/farmacia/presencialidad.
- Verificar adherencia o evolución.
- Resolver dudas.
- Documentar seguimiento.
- Cerrar o mantener activo.

Decisiones posibles

Decisión	Acción
Resolución remota	Indicar plan y cerrar/seguir.
Seguimiento remoto	Programar contacto.
Orden o prescripción	Coordinar entrega o laboratorio.
Presencial programada	Agendar cita.
Presencial prioritaria	Coordinar atención pronta.
Urgencia	Activar ruta inmediata.
Salvaguarda	Activar protección.

Plantilla de flujo híbrido

Campo	Definición
Servicio	
Objetivo clínico	
Población	
Canal principal	
Canal alternativo	
Entrada	
Triage	
Elegibilidad	
Exclusión	
Banderas rojas clínicas	

Campo	Definición
Banderas rojas sociales	
Preguntas mínimas	
Decisiones	
Ruta programada	
Ruta prioritaria	
Ruta urgente	
Salvaguarda	
Laboratorio/imágenes	
Farmacia/insumos	
Seguimiento	
Cierre	
Datos	
Indicadores	

Producto final del Paso 4

- Ruta clínica híbrida.
- Flujo antes-durante-después.
- Protocolo clínico.
- Criterios de elegibilidad y exclusión.
- Banderas rojas.
- Ventanas de seguimiento.
- Rutas presencial, prioritaria, urgente y salvaguarda.
- Integración con servicios de apoyo.
- Roles definidos.
- Plantilla de documentación.

Paso 5. Elegir canales y tecnología

Objetivo

Seleccionar canales y herramientas que permitan prestar el servicio de forma segura, accesible, sostenible e integrada.

Principio central

La tecnología debe seguir al modelo clínico, no al revés.

Diferencia entre canal y tecnología

Concepto	Definición	Ejemplos
Canal	Medio de interacción con la persona.	Teléfono, video, chat, SMS, correo.
Tecnología	Sistema que habilita operación o registro.	Plataforma, agenda, historia clínica, CRM, tablero.

Canal 1: videollamada

Útil para:

- Consejería extensa.
- Consulta estructurada.
- Educación visual.
- Seguimiento donde la interacción visual aporta valor.

Riesgos:

- Requiere conectividad.
- Consume datos.
- Puede excluir.
- Exige privacidad visual y auditiva.

Canal 2: llamada telefónica

Útil para:

- Triage.
- Seguimiento.
- Baja conectividad.
- Consejería cuando video no es viable.
- Navegación del paciente.

Riesgos:

- No hay evaluación visual.
- Puede ser escuchada.
- Mayor dificultad de verificar identidad.

Canal 3: mensajería segura

Útil para:

- Recordatorios neutros.
- Coordinación.
- Seguimiento simple.
- Enlaces educativos.
- Reprogramación.

Riesgos:

- Mensajes visibles.
- Teléfonos compartidos.
- Falta de trazabilidad si no es institucional.

Canal 4: SMS

Útil para recordatorios neutros en baja conectividad. No recomendado para resultados sensibles o información clínica compleja.

Canal 5: correo electrónico

Útil para documentos y materiales generales. Debe evitar asuntos o contenido sensible si no hay seguridad suficiente.

Canal 6: plataforma de teleconsulta

Útil para integración, trazabilidad, agenda, consentimiento, seguridad y analítica. Puede ser costosa o compleja para pilotos pequeños.

Arquitectura mínima de piloto

Componente	Función
Canal de entrada	Recibir solicitudes.
Agenda	Programar y confirmar.
Canal clínico	Realizar consulta.
Historia clínica	Registrar atención.
Seguimiento	Contactar después.
Protocolos	Guías y rutas.
Tablero	Monitoreo.
Soporte	Resolver fallas.

Criterios de selección de canal

Criterio	Pregunta
Seguridad clínica	¿Permite decidir con seguridad?
Privacidad	¿La persona puede usarlo sin exposición?
Accesibilidad	¿La población puede usarlo?
Conectividad	¿Funciona con ancho de banda disponible?
Trazabilidad	¿Permite documentar?
Integración	¿Se conecta con historia, agenda, seguimiento?
Costo	¿Es sostenible?
Regulación	¿Está permitido?
Escalabilidad	¿Puede crecer?

Producto final del Paso 5

- Matriz de canales.
- Canal principal y alternativo.
- Política de mensajes neutros.
- Reglas de uso por canal.
- Arquitectura tecnológica.
- Requisitos de seguridad.
- Plan de soporte.
- Plan de contingencia.
- Variables para indicadores.
- Responsable tecnológico.

Paso 6. Integrar operación y red de apoyo

Objetivo

Asegurar que la telemedicina no funcione como consulta aislada, sino como ruta operativa completa.

La pregunta central es:

¿Qué procesos, personas, servicios y alianzas deben conectarse para que la atención remota termine en una solución real?

Principio

La consulta remota no es el servicio completo; el servicio completo es la ruta que permite resolver, acompañar, derivar y hacer seguimiento.

Mapa operativo punta a punta

Momento	Pregunta operativa	Resultado
Entrada	¿Cómo llega la persona?	Solicitud registrada.
Orientación	¿Entiende qué ofrece el servicio?	Expectativas claras.
Triage	¿Es elegible?	Riesgo clasificado.
Agenda	¿Cuándo y por qué canal?	Cita confirmada.
Preparación	¿Tiene privacidad y conexión?	Persona lista.
Consulta	¿Se realiza atención clínica?	Decisión documentada.
Resolución	¿Se entrega plan?	Próximos pasos claros.
Red de apoyo	¿Requiere farmacia/laboratorio/presencial?	Servicios conectados.
Seguimiento	¿Se verifica continuidad?	Caso monitoreado.
Cierre	¿Está resuelto o escalado?	Cierre seguro.

Agenda

La agenda remota no debe copiar la presencial. Debe incluir:

- Confirmación previa.
- Verificación de privacidad.
- Soporte técnico.
- Tiempo de documentación.
- Coordinación posterior.
- Plan B.
- Seguimiento.

Admisiones/front desk

Debe:

- Recibir solicitud.
- Explicar alcance.
- Confirmar datos sin exponer.
- Preguntar por canal seguro.
- Agendar.
- Enviar recordatorio neutro.
- Identificar señales de alarma básicas.
- Registrar.

Confirmaciones y recordatorios

Deben ser neutros, seguros y permitir reprogramar. No deben mencionar diagnósticos, pruebas o servicios sensibles.

Soporte al paciente

Debe cubrir:

- Cómo conectarse.
- Qué hacer si falla el enlace.
- Qué hacer si no tiene datos.
- Qué hacer si no tiene privacidad.
- Cómo recibir resultados u órdenes.
- Cómo acceder a medicamentos o insumos.
- A quién contactar ante signos de alarma.

Integración con farmacia

Debe definir:

- Si prescripción remota es válida.
- Dónde se entrega medicamento.
- Cómo se verifica identidad.
- Qué información recibe la persona.
- Qué hacer si no hay disponibilidad.
- Quién confirma entrega.
- Cómo se documenta.

Integración con laboratorio e imágenes

Debe definir:

- Quién ordena.
- Dónde se toma muestra.
- Cómo se agenda.
- Cómo vuelve el resultado.
- Quién lo revisa.
- Quién lo comunica.
- Qué hacer ante resultado crítico.

Navegación del paciente

La navegación ayuda a la persona a moverse entre agenda, consulta, laboratorio, farmacia, resultados, referencia y seguimiento.

Producto final del Paso 6

- Flujo operativo completo.
- Ruta de entrada.
- Agenda y confirmaciones.
- Mensajes neutros.
- Soporte al paciente.
- Ruta de farmacia.
- Ruta de laboratorio/imágenes.
- Ruta presencial.
- Contrarreferencia.
- Navegación.
- Ruta psicosocial/salvaguarda.
- Matriz de roles.
- Tablero operativo.

Paso 7. Capacitar y pilotear

Objetivo

Preparar a los equipos y probar el modelo en condiciones controladas antes de escalar.

Principio

No se capacita solo para hacer una videollamada; se capacita para operar una ruta completa de cuidado.

Competencias mínimas

1. Comprensión del modelo.
2. Confidencialidad, privacidad y consentimiento.
3. Triage, elegibilidad y banderas rojas.
4. Uso de canales y tecnología.
5. Comunicación clínica remota.
6. Documentación y calidad de datos.
7. Gestión de incidentes y mejora.

Plan de capacitación por roles

Rol	Entrenamiento prioritario
Dirección clínica	Supervisión, riesgos y escalamiento.
Profesionales clínicos	Simulación clínica y comunicación remota.
Enfermería/triage	Semáforo de riesgo y casos prácticos.
Admisiones	Guiones y privacidad.
Navegación	Seguimiento y escalamiento.
Soporte tecnológico	Fallas y plan B.
Farmacia	Entrega y confidencialidad.
Laboratorio	Resultados y responsables.
Calidad	Auditoría e incidentes.
Legal	Consentimiento y privacidad.
Salvaguarda	Violencia, coerción y crisis.

Módulos sugeridos

1. Introducción al modelo.
2. Flujo operativo completo.
3. Confidencialidad y consentimiento.
4. Triage y banderas rojas.
5. Comunicación remota.
6. Tecnología, registro e indicadores.
7. Simulación de punta a punta.

Qué es un piloto

Un piloto es una prueba controlada, formal y acotada. Debe tener:

- Alcance limitado.
- Población definida.
- Caso de uso específico.
- Duración determinada.
- Equipo entrenado.
- Protocolos aprobados.
- Indicadores.
- Revisión frecuente.
- Capacidad de ajuste.

- Criterios de decisión.

Fases del piloto

Fase	Actividad
1	Prueba interna.
2	Simulación con casos ficticios.
3	Inicio controlado con personas reales.
4	Ajuste rápido.
5	Evaluación y decisión.

Indicadores mínimos

Dimensión	Indicador
Acceso	Solicitudes, tiempo solicitud-cita.
Asistencia	No-show y cancelaciones.
Canal	Video, teléfono, mensajería.
Calidad	Resolución remota, derivaciones.
Seguridad	Banderas rojas, eventos.
Continuidad	Seguimientos completados.
Operación	Fallas técnicas.
Experiencia	Satisfacción/facilidad.
Equidad	Uso por territorio/canal.

Producto final del Paso 7

- Plan de capacitación.
- Materiales de entrenamiento.
- Simulaciones.
- Equipo entrenado.
- Checklist de preparación.
- Diseño formal del piloto.
- Indicadores y criterios de éxito.
- Rutina de revisión.
- Reporte de incidentes.
- Encuesta breve.

- Auditoría temprana.
- Informe final.
- Decisión documentada.

Paso 8. Medir, mejorar y escalar

Objetivo

Asegurar que el modelo aprenda, corrija, demuestre valor y escale de forma segura.

Principio

Antes de escalar, la asociación debe poder explicar qué funciona, para quién funciona, bajo qué condiciones, con qué riesgos y con qué recursos.

Qué debe medirse

1. Acceso.
2. Calidad y seguridad clínica.
3. Experiencia.
4. Equidad.
5. Operación y sostenibilidad.
6. Continuidad.

Ciclo de mejora

1. Medir.
2. Interpretar.
3. Priorizar.
4. Ajustar.
5. Probar.
6. Revisar.
7. Estandarizar.

Criterios mínimos para escalar

Dimensión	Pregunta
Seguridad	¿No hay riesgos críticos abiertos?
Calidad	¿Se cumplen protocolos?
Acceso	¿Hay demanda y oportunidad?
Experiencia	¿Las personas aceptan el servicio?
Equidad	¿No excluye población prioritaria?

Dimensión	Pregunta
Operación	¿Agenda y seguimiento son sostenibles?
Red de apoyo	¿Laboratorio, farmacia y presencialidad funcionan?
Tecnología	¿El canal es estable o tiene plan B?
Datos	¿Hay tablero actualizado?
Recursos	¿Hay presupuesto y personal para crecer?

Tipos de escalamiento

Tipo	Ejemplo
Volumen	Más consultas del mismo servicio.
Geográfico	Más sedes o territorios.
Poblacional	Nuevos grupos.
Clínico	Nuevos servicios SSR.
Tecnológico	Nueva plataforma o integración.
Red	Más laboratorios, farmacias o aliados.

Plan de 90 días

Días 1–30: preparar protocolos, equipo, agenda, rutas y tablero. **Días 31–60:** ampliar controladamente y monitorear semanalmente. **Días 61–90:** estabilizar, comparar resultados, revisar costos y definir siguiente fase.

Producto final del Paso 8

- Tablero mínimo.
- Rutina de revisión.
- Revisión de incidentes.
- Auditoría.
- Encuestas.
- Informe de cierre.
- Matriz de escalamiento.
- Plan de mejora.
- Plan de 90 días.
- Mecanismo de gobernanza.
- Decisión documentada.

5. Capacidades transversales

Propósito

Las capacidades transversales son elementos que deben estar presentes durante todo el ciclo de implementación: diseño, piloto, operación, seguimiento y escalamiento. No son tareas aisladas ni responsabilidad exclusiva de tecnología. Son condiciones habilitantes para que el modelo funcione de forma segura, ética, sostenible y centrada en las personas.

5.1 Confidencialidad y privacidad

Qué significa

La confidencialidad y privacidad deben protegerse tanto en el sistema institucional como en el entorno de la persona usuaria.

Requisitos mínimos

Capacidad	Aplicación
Canales institucionales	No usar cuentas personales.
Mensajes neutros	Evitar términos sensibles.
Verificación de privacidad	Preguntar antes de iniciar.
Control de acceso	Limitar datos por rol.
No grabación por defecto	Grabar solo si es permitido y consentido.
Manejo de incidentes	Protocolo para errores o exposición.
Plan alternativo	Cambiar canal o reprogramar si no hay privacidad.

Indicadores

- % de consultas con privacidad verificada.
- % de consentimientos de canal documentados.
- Incidentes de privacidad.
- % de mensajes neutros.
- Casos reprogramados por falta de privacidad.

5.2 Consentimiento informado

Qué significa

El consentimiento debe ser un proceso claro, no solo una casilla. La persona debe entender modalidad, alcance, límites, riesgos, alternativas y uso de datos.

Contenido mínimo

- Identidad del servicio.
- Modalidad.
- Alcance.
- Límites.
- Alternativas.
- Privacidad y datos.
- Escalamiento.
- Voluntariedad.

Guion breve

“Esta atención se realizará por modalidad remota. Si identificamos que necesitas examen, prueba, procedimiento o atención urgente, te orientaremos hacia una ruta presencial. Tu información será tratada de forma confidencial. ¿Aceptas continuar por este canal?”

Indicadores

- % de consultas con consentimiento registrado.
- % de personas que comprenden límites.
- % de cambios de modalidad por preferencia o seguridad.
- Incidentes relacionados con consentimiento.

5.3 Equidad digital

Qué significa

Diseñar para que la telemedicina no beneficie únicamente a personas con mejor conectividad, dispositivos propios o mayor alfabetización digital.

Barreras frecuentes

Barrera	Ejemplo
Conectividad	Internet inestable o datos limitados.
Dispositivo	Teléfono básico o compartido.
Alfabetización	Dificultad para usar enlaces o apps.
Privacidad	Falta de espacio seguro.
Idioma	Materiales no traducidos.
Discapacidad	Barreras visuales, auditivas o cognitivas.
Costo	Datos, llamadas, tiempo laboral.

Barrera	Ejemplo
Estigma	Miedo a ser vista o escuchada.

Requisitos mínimos

- Modelo multicanal.
- Canal de bajo consumo.
- Instrucciones simples.
- Soporte al usuario.
- Alternativa presencial.
- Adaptaciones.
- Monitoreo de brechas.

5.4 Enfoque de género, derechos y no discriminación

Qué significa

El servicio debe respetar autonomía, dignidad, confidencialidad y decisión informada. Debe evitar coerción, juicio o trato desigual.

Aplicaciones

- Lenguaje inclusivo.
- Atención respetuosa para adolescentes, personas LGBTQ+, migrantes, personas con discapacidad o rurales.
- Presentación de opciones sin presión.
- Detección de coerción reproductiva.
- Confidencialidad reforzada.
- Capacitación del equipo.

5.5 Salvaguarda

Qué significa

La salvaguarda es la capacidad institucional de prevenir, identificar y responder ante violencia, coerción, abuso, explotación, autolesión o riesgo.

Situaciones que requieren salvaguarda

- Violencia sexual.
- Violencia de pareja.
- Coerción reproductiva.
- Falta de privacidad.

- Riesgo suicida.
- Adolescente en riesgo.
- Amenaza inmediata.

Requisitos mínimos

- Protocolo escrito.
- Responsable definido.
- Preguntas seguras.
- Canal seguro.
- Directorio de servicios.
- Documentación cuidadosa.
- Simulaciones.

5.6 Interoperabilidad e integración de información

Qué significa

La información debe fluir de manera segura entre historia clínica, agenda, laboratorio, farmacia, imágenes, referencias, seguimiento y tablero.

Niveles de madurez

Nivel	Característica	Riesgo
Básico manual	Registros separados con reglas claras.	Duplicidad o pérdida.
Intermedio	Formularios o tableros semiintegrados.	Control de calidad requerido.
Avanzado	Sistemas conectados.	Mayor costo y gobernanza.

5.7 Gestión del cambio

Qué significa

Preparar a la organización para trabajar de una forma nueva. Requiere liderazgo, comunicación, capacitación, soporte y ajustes.

Elementos

- Liderazgo visible.
- Comunicación interna.
- Capacitación por roles.
- Simulación.

- Soporte continuo.
- Retroalimentación.
- Ajustes rápidos.
- Reconocimiento del aprendizaje.

5.8 Evaluación continua

Qué significa

Medir, interpretar y mejorar de forma regular.

Rutina mínima

Frecuencia	Actividad
Semanal	Volumen, no-show, fallas, derivaciones.
Quincenal	Experiencia y carga del equipo.
Mensual	Calidad, equidad, costos.
Inmediata	Eventos, privacidad o salvaguarda.
Trimestral	Protocolos y escalamiento.

5.9 Matriz de madurez

Capacidad	Inicial	Intermedio	Avanzado
Confidencialidad	Política general	Mensajes neutros y verificación	Auditoría e incidentes
Consentimiento	Informal	Guion y registro	Integrado y auditado
Equidad digital	Un canal	Multicanal	Monitoreo y ajustes
Derechos	Sensibilidad individual	Capacitación	Protocolos e indicadores
Salvaguarda	Ruta no formal	Protocolo	Simulación y revisión
Interoperabilidad	Registros dispersos	Flujo controlado	Integración
Cambio	Capacitación única	Entrenamiento por roles	Formación continua
Evaluación	Indicadores ocasionales	Tablero básico	Analítica y escalamiento

5.10 Checklist de capacidades antes de escalar

- ¿Se usan canales institucionales?
- ¿Los mensajes son neutros?
- ¿Se verifica privacidad?

- ¿Se documenta consentimiento?
- ¿Hay alternativa al video?
- ¿Hay soporte al usuario?
- ¿El equipo fue entrenado en derechos y no discriminación?
- ¿Hay protocolo de salvaguarda?
- ¿La consulta queda en historia clínica?
- ¿Hay ruta con laboratorio, farmacia y referencias?
- ¿Los roles están claros?
- ¿Hay tablero mínimo?
- ¿Se revisan incidentes?
- ¿Los datos generan ajustes reales?

Producto final

- Política de confidencialidad.
- Guion de consentimiento.
- Estrategia multicanal.
- Lineamientos de derechos.
- Protocolo de salvaguarda.
- Mapa de integración.
- Plan de gestión del cambio.
- Plan de capacitación continua.
- Tablero mínimo.
- Matriz de madurez.
- Responsables definidos.

6. Gobierno, roles y decisiones críticas

Propósito

La telemedicina SSR no debe depender del entusiasmo individual, de una plataforma o de un proyecto temporal. Necesita gobierno claro: quién decide, quién ejecuta, quién supervisa, quién responde ante riesgos y cómo se hacen ajustes.

La pregunta central es:

¿Quién es responsable de que la telemedicina sea segura, legal, confidencial, clínicamente adecuada, operativamente viable y financieramente sostenible?

6.1 Qué significa gobierno en telemedicina SSR

El gobierno es el conjunto de estructuras, roles, reglas y mecanismos de decisión que permiten dirigir, supervisar y mejorar el servicio.

Incluye:

- Liderazgo institucional.
- Responsables clínicos.
- Responsables operativos.
- Responsables tecnológicos.
- Responsables de datos.
- Revisión legal y protección de datos.
- Calidad y seguridad.
- Salvaguarda.
- Participación de personas usuarias.
- Mecanismos de escalamiento.

6.2 Principio rector

No escalar un servicio de telemedicina si las decisiones críticas no tienen dueño claro.

Antes de ampliar volumen, sedes, servicios o poblaciones, debe estar claro quién decide sobre:

- Servicios aptos para telemedicina.
- Casos que se derivan.
- Canales permitidos.

- Datos que se recolectan.
- Incidentes de privacidad.
- Situaciones de violencia o coerción.
- Pausa o modificación del servicio.
- Escalamiento.
- Financiamiento.
- Actualización de protocolos.

6.3 Estructura mínima de gobierno

Rol	Responsabilidad
Patrocinio institucional	Recursos, respaldo y decisiones estratégicas.
Liderazgo clínico	Protocolos, criterios, seguridad y calidad.
Coordinación operativa	Agenda, admisiones, soporte, red y seguimiento.
Tecnología	Canales, accesos, soporte, seguridad e integración.
Datos	Indicadores, tablero y calidad de datos.
Legal/compliance	Regulación, consentimiento y privacidad.
Calidad y seguridad	Auditorías, eventos e incidentes.
Salvaguarda	Violencia, coerción, crisis y protección.
Experiencia usuaria	Accesibilidad, lenguaje y barreras.

6.4 Comité de telemedicina SSR

Funciones

- Aprobar casos de uso.
- Revisar indicadores.
- Analizar incidentes.
- Aprobar cambios de protocolo.
- Revisar brechas de equidad.
- Decidir escalamiento.
- Priorizar inversiones.
- Revisar sostenibilidad.
- Asegurar actualización normativa.
- Supervisar capacitación.
- Revisar experiencia usuaria.

Frecuencia sugerida

Etapa	Frecuencia
Diseño	Cada 2 semanas
Piloto	Semanal o quincenal
Escalamiento	Quincenal
Operación estable	Mensual
Evento crítico	Inmediata

6.5 Roles principales

Patrocinio institucional

Responsable de aprobar implementación, asignar recursos, alinear con estrategia, respaldar decisiones y decidir continuidad o escalamiento.

Liderazgo clínico

Responsable de alcance clínico, protocolos, criterios de elegibilidad, banderas rojas, rutas de derivación, revisión de eventos y capacitación clínica.

Coordinación operativa

Responsable de agenda, admisiones, confirmaciones, soporte, farmacia, laboratorio, referencias, no-show, seguimiento y cierre.

Tecnología

Responsable de plataformas, accesos, seguridad, soporte, contingencia, integración, proveedores y escalabilidad.

Legal/compliance

Responsable de habilitación, consentimiento, datos, prescripción, reglas para adolescentes, canales, contratos e incidentes de privacidad.

Datos y monitoreo

Responsable de indicadores, tablero, calidad de datos, brechas de equidad, evaluación y reportes.

Calidad y seguridad

Responsable de auditoría, eventos adversos, incidentes, adherencia a protocolos, acciones correctivas y mejora.

Salvaguarda

Responsable de protocolos, capacitación, casos escalados, rutas de violencia/coerción, documentación segura y directorio de apoyo.

Experiencia de usuario

Responsable de lenguaje, materiales, barreras, satisfacción, accesibilidad y participación de personas usuarias.

6.6 Matriz RACI

Actividad crítica	R	A	C	I
Seleccionar caso de uso	Clínica/operaciones	Patrocinio	Datos, experiencia, legal	Equipo
Aprobar protocolo	Liderazgo clínico	Dirección clínica	Calidad, salvaguarda, legal	Operación
Definir elegibilidad	Liderazgo clínico	Dirección clínica	Operaciones, calidad	Admisiones
Aprobar canal	Tecnología	Dirección	Legal, clínica, operación	Equipo
Validar consentimiento	Legal/compliance	Dirección	Clínica, experiencia	Equipo
Diseñar agenda	Operaciones	Coordinación operativa	Clínica, tecnología	Admisiones
Definir mensajes neutros	Experiencia/comunicaciones	Legal	Salvaguarda, clínica	Admisiones
Activar urgencia	Profesional clínico	Dirección clínica	Operaciones	Coordinación
Activar salvaguarda	Equipo clínico/navegación	Responsable salvaguarda	Legal, psicosocial	Coordinación
Auditar historias	Calidad	Dirección clínica	Datos	Comité
Revisar incidentes	Legal/compliance	Dirección	Tecnología, calidad	Comité
Revisar tablero	Datos	Comité	Clínica, operaciones	Dirección
Decidir escalamiento	Comité	Patrocinio	Todas las áreas	Organización

6.7 Decisiones críticas por etapa

Antes del piloto

- Elegir caso de uso.
- Definir población objetivo.
- Validar regulación.

- Aprobar protocolo.
- Elegir canales.
- Confirmar red presencial.
- Aprobar piloto.

Durante el piloto

- Ajustar mensajes.
- Cambiar canal alternativo.
- Reentrenar equipo.
- Pausar flujo por riesgo.
- Ajustar agenda.
- Escalar casos individuales.

Después del piloto

- Escalar.
- Rediseñar.
- Mantener piloto.
- Cerrar caso de uso.
- Invertir en tecnología.
- Incorporar nuevo servicio.

6.8 Umbrales para escalar, pausar o rediseñar

Situación	Acción
Evento adverso grave	Revisión inmediata y posible pausa.
Incidente de privacidad sensible	Activar protocolo y suspender práctica insegura.
Bajo registro de consentimiento	Reentrenar y auditar.
No-show alto persistente	Revisar canal, horarios y soporte.
Alta pérdida de seguimiento	Revisar navegación y cierre.
Derivaciones no completadas	Revisar contrarreferencia.
Sobrecarga del equipo	Ajustar agenda o volumen.
Brecha digital	Ajustar canales.
Fallas técnicas repetidas	Cambiar canal/proveedor/soporte.
Dudas legales	No escalar hasta validar.

6.9 Gobierno de datos

Debe definir:

- Qué datos se recolectan.
- Para qué se recolectan.
- Quién accede.
- Cómo se protegen.
- Cuánto tiempo se conservan.
- Qué se muestra agregado.
- Cómo se analizan brechas de equidad.
- Cómo se gestionan incidentes.

Regla

En SSR, más datos no siempre significan mejor gestión. Se deben recolectar datos suficientes para cuidar y mejorar, pero no datos innecesarios que aumenten riesgo.

6.10 Gobierno tecnológico y proveedores

Preguntas para proveedores:

- ¿Qué controles de acceso y seguridad ofrece?
- ¿Dónde se alojan los datos?
- ¿Quién es dueño de los datos?
- ¿Se pueden exportar?
- ¿Qué soporte ofrece?
- ¿Qué ocurre si falla?
- ¿Cumple regulación local?
- ¿Puede integrarse?
- ¿Qué costos aparecen al escalar?
- ¿Cómo notifica cambios?

6.11 Participación de personas usuarias

Mecanismos posibles:

- Encuestas breves.
- Entrevistas confidenciales.
- Pruebas de usabilidad.
- Revisión de mensajes.

- Análisis de quejas.
- Participación comunitaria segura.

Preguntas útiles:

- ¿Fue fácil acceder?
- ¿El canal fue cómodo?
- ¿Sentiste privacidad?
- ¿Entendiste próximos pasos?
- ¿Qué fue confuso?
- ¿Qué canal preferirías?
- ¿Qué impediría usarlo de nuevo?

6.12 Agenda tipo del comité

1. Estado general del servicio.
2. Seguridad clínica.
3. Privacidad y salvaguarda.
4. Continuidad.
5. Experiencia y equidad.
6. Operación y tecnología.
7. Decisiones pendientes.
8. Acciones y responsables.

6.13 Ficha de decisión crítica

Campo	Descripción
Decisión	Qué se decide.
Fecha	Cuándo.
Aprueba	Persona o comité.
Evidencia	Indicadores, incidentes, auditoría, feedback.
Opciones	Alternativas.
Riesgos	Clínicos, legales, operativos, equidad.
Mitigaciones	Acciones.
Decisión	Aprobar, ajustar, pausar, escalar.
Responsable	Quién ejecuta.
Revisión	Cuándo se revisa.

Producto final

- Estructura de gobierno.
- Comité.
- Roles.
- Matriz RACI.
- Decisiones por etapa.
- Umbrales.
- Gobierno de datos.
- Gobierno tecnológico.
- Participación usuaria.
- Agenda de comité.
- Ficha de decisión.
- Checklist de gobierno.
- Responsable institucional del modelo.

7. Indicadores y tablero de seguimiento

Propósito

Definir qué debe medir una asociación para saber si su servicio de telemedicina SSR está funcionando de manera segura, oportuna, equitativa, confidencial, resolutive y sostenible.

La pregunta central es:

¿Qué información necesita la asociación para tomar decisiones, mejorar el servicio y escalar sin aumentar riesgos?

7.1 Principios para diseñar indicadores

Medir para decidir

Cada indicador debe ayudar a tomar una decisión. Si un dato no se usa para mejorar acceso, calidad, seguridad, equidad o sostenibilidad, probablemente no debería recolectarse.

Indicador	Decisión
No-show por canal	Ajustar recordatorios, horarios o canal.
Seguimientos completados	Reforzar navegación.
Incidentes de privacidad	Cambiar mensajes o canales.
Derivaciones completadas	Verificar ruta híbrida.
Fallas técnicas	Decidir soporte o cambio de plataforma.

Medir por caso de uso

No evaluar “telemedicina” como categoría general. Filtrar por:

- Caso de uso.
- Canal.
- Población.
- Sede/territorio.
- Profesional/equipo.
- Modalidad.
- Nivel de riesgo.
- Resultado.

Medir la ruta completa

Responder:

- ¿La persona logró entrar?
- ¿Fue atendida?
- ¿Se protegió su privacidad?
- ¿Se obtuvo consentimiento?
- ¿Se identificaron riesgos?
- ¿Se resolvió o derivó?
- ¿Recibió resultados, medicamentos o insumos?
- ¿Completó seguimiento?
- ¿La ruta presencial funcionó?
- ¿El caso se cerró?

Medir equidad desde el inicio

Analizar quién usa, quién no usa, quién abandona y qué barreras persisten.

Proteger datos sensibles

Recolectar solo lo necesario y mostrar información agregada cuando sea posible.

7.2 Dimensiones del tablero

1. Acceso y oportunidad.
2. Calidad clínica y seguridad.
3. Confidencialidad, privacidad y consentimiento.
4. Continuidad del cuidado.
5. Experiencia de la persona usuaria.
6. Equidad.
7. Operación y tecnología.
8. Costos y sostenibilidad.

7.3 Acceso y oportunidad

Pregunta

¿La telemedicina facilita acceso oportuno?

Indicadores

Indicador	Definición	Fuente	Frecuencia
Solicitudes recibidas	Personas que pidieron atención remota	Agenda/CRM	Semanal
Citas programadas	Citas remotas asignadas	Agenda	Semanal

Indicador	Definición	Fuente	Frecuencia
Consultas realizadas	Atenciones completadas	Historia/agenda	Semanal
Conversión solicitud-consulta	Consultas / solicitudes	Agenda + registro	Semanal
Tiempo solicitud-cita	Días u horas	Agenda	Semanal
Tiempo solicitud-resolución	Hasta cierre del caso	Agenda + seguimiento	Mensual
No-show	Citas no atendidas	Agenda	Semanal
Cancelaciones/reprogramaciones	Citas movidas	Agenda	Semanal
Canal utilizado	Video/llamada/mensajería	Registro	Semanal

Interpretación

Hallazgo	Posible causa	Acción
Alta solicitud, baja consulta	Capacidad o confirmación insuficiente	Revisar entrada y agenda
No-show alto	Conectividad, privacidad u horarios	Ajustar mensajes/canal
Cambio de video a llamada	Video no viable	Fortalecer teléfono
Tiempo largo	Capacidad insuficiente	Ampliar agenda/equipo

7.4 Calidad clínica y seguridad

Pregunta

¿El servicio remoto es clínicamente adecuado y seguro?

Indicadores

Indicador	Definición	Fuente	Frecuencia
Casos elegibles atendidos	Cumplen criterios remotos	Auditoría	Mensual
Casos no elegibles detectados	Derivados por criterios	Triage/historia	Semanal
Banderas rojas	Casos con signos de alarma	Historia	Semanal
Derivaciones programadas	Consulta/procedimiento/muestra	Historia/agenda	Semanal
Derivaciones urgentes	Atención rápida o urgencia	Historia	Inmediata
Eventos adversos	Daños o riesgos	Calidad	Inmediata

Indicador	Definición	Fuente	Frecuencia
Adherencia al protocolo	Historias que cumplen pasos	Auditoría	Mensual
Signos de alarma explicados	Documentados	Historia	Mensual
Plan documentado	Próximos pasos claros	Historia	Mensual

Auditoría mínima

- Identidad.
- Privacidad.
- Consentimiento.
- Preguntas mínimas.
- Banderas rojas.
- Decisión coherente.
- Plan.
- Seguimiento.
- Derivación si aplica.

7.5 Confidencialidad, privacidad y consentimiento

Pregunta

¿La atención protege privacidad y autonomía?

Indicadores

Indicador	Definición	Fuente	Frecuencia
Privacidad verificada	% documentado	Historia	Mensual
Consentimiento registrado	% documentado	Historia	Mensual
Canal seguro confirmado	Casos con canal seguro	Admisión/historia	Mensual
Mensajes neutros	% sin información sensible	Auditoría	Mensual
Reprogramación por privacidad	Consultas movidas	Agenda/historia	Mensual
Incidentes de privacidad	Exposición, errores, accesos	Compliance	Inmediata
Cambio de canal por privacidad	Casos ajustados	Registro	Mensual

Umbrales orientativos

Situación	Acción
Incidente sensible	Revisión inmediata
Consentimiento <90%	Reentrenamiento y auditoría
Privacidad <90%	Ajustar plantilla
Mensajes no neutros	Suspender plantilla y corregir

7.6 Continuidad del cuidado

Pregunta

¿La persona recibió una ruta completa después de la consulta remota?

Indicadores

Indicador	Definición	Fuente	Frecuencia
Seguimientos programados	Casos con seguimiento	Historia/agenda	Semanal
Seguimientos completados	Contactos realizados	Navegación	Semanal
Tasa de seguimiento	Completados/programados	Seguimiento	Mensual
Resultados entregados	Comunicados y documentados	Lab/historia	Semanal
Resultados pendientes	Disponibles no comunicados	Lab/tablero	Semanal
Insumos entregados	Confirmación de entrega	Farmacia	Semanal
Derivaciones completadas	Asistencia a presencial	Agenda/navegación	Semanal
Casos abiertos	Requieren acción	Tablero	Semanal
Casos cerrados con plan	Episodio finalizado	Historia	Mensual

7.7 Experiencia usuaria

Pregunta

¿La persona pudo usar el servicio, se sintió segura, entendió el plan y confiaría en volver?

Indicadores

- Satisfacción general.

- Facilidad de acceso.
- Percepción de privacidad.
- Comprensión del plan.
- Preferencia de canal.
- Quejas o reclamos.
- Barreras reportadas.

Encuesta breve

1. ¿Te resultó fácil acceder a la atención?
2. ¿Sentiste que tu privacidad fue respetada?
3. ¿Entendiste los próximos pasos?
4. ¿El canal utilizado fue adecuado?
5. ¿Qué deberíamos mejorar?

7.8 Equidad

Pregunta

¿La telemedicina llega a quienes más la necesitan o solo a quienes tienen menos barreras?

Indicadores

Indicador	Uso
Uso por territorio	Rural/urbano/sede/zona.
Uso por edad	Grupos etarios.
Uso por canal y población	Quién usa video, llamada, mensajería.
No-show por segmento	Barreras diferenciales.
Barreras digitales	Datos, dispositivo, idioma, privacidad.
Casos con adaptación	Llamada, intérprete, apoyo.
Derivación por falta de privacidad	Entorno limita remoto.
Grupos subrepresentados	Poblaciones que no acceden.

7.9 Operación y tecnología

Indicadores

- Fallas técnicas.
- Cambio de canal por falla.

- Tiempo promedio de consulta.
- Tiempo de documentación.
- Tiempo administrativo por caso.
- Carga del equipo.
- Casos por profesional.
- Soporte requerido.
- Disponibilidad del canal.

7.10 Costos y sostenibilidad

Indicadores

- Costo por consulta remota.
- Costo por caso resuelto.
- Costo tecnológico por usuario.
- Tiempo del equipo por caso.
- Costo de soporte.
- Costo de comunicación.
- Costo de escalamiento.

7.11 Tablero mínimo semanal

Dimensión	Indicadores mínimos
Acceso	Solicitudes, citas, consultas, no-show.
Canal	Video, llamada, mensajería, cambios.
Seguridad	Banderas, derivaciones, eventos.
Privacidad	Consentimiento, privacidad.
Continuidad	Seguimientos y resultados pendientes.
Operación	Fallas, soporte, casos abiertos.
Experiencia	Comentarios críticos.

7.12 Semáforo

Estado	Significado	Acción
Verde	Dentro del rango esperado	Mantener
Amarillo	Riesgo moderado	Analizar y ajustar
Rojo	Riesgo crítico	Corregir o pausar

Ejemplo

Indicador	Verde	Amarillo	Rojo
Consentimiento	≥90%	75–89%	<75%
Privacidad	≥90%	75–89%	<75%
No-show	≤15%	16–25%	>25%
Seguimiento	≥80%	60–79%	<60%
Incidentes privacidad	0	1 menor	Sensible/repetido
Fallas técnicas	≤10%	11–20%	>20%

7.13 Rutina de revisión

Semanal

- Volumen.
- No-show.
- Fallas.
- Seguimientos.
- Derivaciones.
- Incidentes.
- Barreras.
- Acciones.

Mensual

- Tendencias.
- Calidad.
- Privacidad.
- Continuidad.
- Experiencia.
- Equidad.
- Operación.
- Costos.
- Escalamiento.

7.14 Plantilla de acción de mejora

Campo	Descripción
Hallazgo	Qué muestra el indicador.
Causa probable	Por qué ocurre.
Riesgo	Qué pasa si no se corrige.
Acción	Qué se hará.
Responsable	Quién lo hará.
Fecha	Para cuándo.
Verificación	Indicador de mejora.

7.15 Indicadores por caso de uso

Consejería anticonceptiva

- Solicitudes.
- Tiempo solicitud-cita.
- No-show.
- Elegibilidad correcta.
- Consejería documentada.
- Opciones explicadas.
- Derivación a presencial.
- Seguimiento.
- Comprensión.
- Uso por edad/territorio/canal.

ITS/VIH/PrEP

- Personas contactadas.
- Resultados entregados.
- Canal seguro.
- Mensajes neutros.
- Controles programados.
- Adherencia.
- Síntomas detectados.
- Laboratorio coordinado.
- Pérdida de seguimiento.

Entrega de resultados

- Resultados disponibles.
- Resultados comunicados.
- Tiempo resultado-comunicación.
- Identidad verificada.
- Privacidad confirmada.
- Plan registrado.
- Derivaciones.
- Resultados pendientes sin responsable.

Producto final

- Marco de indicadores.
- Tablero mínimo.
- Fuentes de datos.
- Responsables.
- Frecuencia.
- Semáforo.
- Umbrales.
- Plantilla de mejora.
- Indicadores por caso.
- Rutina de revisión.
- Reglas de protección de datos.

8. Riesgos frecuentes y mitigaciones

Propósito

La telemedicina SSR puede ampliar acceso y continuidad, pero también puede generar riesgos si se implementa sin protocolos, salvaguardas, integración operativa y monitoreo.

La pregunta central es:

¿Qué podría salir mal y cómo reducir ese riesgo desde el diseño, la operación y el seguimiento?

8.1 Principios para gestionar riesgos

1. Anticipar antes de corregir.
2. Diferenciar riesgo clínico, operativo, digital, legal y social.
3. Diseñar mitigaciones concretas.
4. Monitorear señales tempranas.
5. Asignar responsables.
6. Aprender de incidentes sin cultura punitiva.
7. No escalar con riesgos críticos abiertos.

8.2 Riesgo 1: brechas de privacidad y confidencialidad

Descripción

La información SSR es sensible. Una llamada, mensaje o notificación puede revelar información sobre anticoncepción, ITS, VIH, PrEP, aborto, violencia, embarazo, orientación sexual o identidad de género.

Ejemplos

- Mensaje con palabras sensibles.
- Llamar cuando está con pareja/familia.
- Dejar mensaje de voz clínico.
- Usar cuentas personales.
- Compartir resultados por canal no confirmado.
- Grabar sin consentimiento.
- Acceso amplio a datos sensibles.

Señales de alerta

Señal	Interpretación
Cambios frecuentes de canal	Canal inseguro.
Consultas interrumpidas	Falta de privacidad.
Mensajes equivocados	Falta de control.
Cuentas personales	Canales institucionales insuficientes.
Historias sin privacidad	Protocolo no aplicado.

Mitigaciones

- Mensajes neutros.
- Verificación de privacidad.
- Canal seguro acordado.
- Cuentas institucionales.
- Control de acceso.
- No grabación por defecto.
- Protocolo de incidentes.
- Auditoría.

8.3 Riesgo 2: exclusión digital

Descripción

La telemedicina puede excluir a personas sin internet, datos, smartphone, privacidad, idioma o habilidades digitales.

Señales

- No-show alto en video.
- Muchas citas cambian a llamada.
- Baja participación rural.
- Abandono antes de la consulta.
- Dificultad reportada para conectarse.

Mitigaciones

- Modelo multicanal.
- Canal de bajo consumo.
- Soporte previo.
- Instrucciones simples.
- Alternativa presencial.

- Adaptaciones.
- Monitoreo de equidad.

8.4 Riesgo 3: retraso de atención presencial necesaria

Descripción

Ocurre cuando se intenta resolver remotamente un caso que requiere examen, muestra, ecografía, procedimiento, urgencia o salvaguarda.

Ejemplos

- Dolor pélvico intenso manejado por chat.
- Sangrado abundante tratado como seguimiento.
- Sospecha de embarazo ectópico sin urgencia.
- Violencia sexual reciente sin protocolo.
- Resultado crítico sin ruta.

Mitigaciones

- Criterios de elegibilidad.
- Criterios de exclusión.
- Banderas rojas.
- Ruta urgente.
- Triage estructurado.
- Auditoría clínica.
- Reentrenamiento.

8.5 Riesgo 4: baja adopción del equipo

Descripción

El modelo falla si el equipo no lo adopta por sobrecarga, falta de claridad, miedo legal, dificultad tecnológica o mala documentación.

Señales

- Baja oferta de cupos.
- Uso de canales no aprobados.
- Documentación incompleta.
- Quejas del equipo.
- Incumplimiento de protocolos.

Mitigaciones

- Capacitación por roles.
- Simulaciones.
- Soporte continuo.
- Agenda realista.
- Plantillas simples.
- Retroalimentación.
- Liderazgo clínico visible.
- Indicadores no punitivos.

8.6 Riesgo 5: fragmentación de datos y pérdida de continuidad

Descripción

La información queda dispersa en agenda, plataforma, chat, historia, laboratorio, farmacia y hojas de seguimiento.

Ejemplos

- Consulta sin historia clínica.
- Resultado disponible sin revisión.
- Fórmula sin entrega confirmada.
- Derivación sin seguimiento.
- Caso abierto sin responsable.

Mitigaciones

- Registro clínico único.
- Lista de pendientes.
- Responsable por caso.
- Contrarreferencia.
- Tablero mínimo.
- Revisión semanal.
- Integración progresiva.

8.7 Riesgo 6: dependencia excesiva de tecnología

Descripción

La tecnología se vuelve el centro del modelo, desplazando protocolos, rutas y personas.

Señales

- Fallas frecuentes.

- Alta necesidad de soporte.
- Abandono por dificultad técnica.
- Uso de canales alternos no aprobados.
- Baja satisfacción técnica.

Mitigaciones

- Elegir tecnología después del flujo.
- Plan B.
- Pruebas piloto.
- Soporte técnico.
- Usabilidad.
- Monitoreo de fallas.
- Canales de bajo consumo.

8.8 Riesgo 7: falta de claridad regulatoria

Descripción

Puede afectar prescripción, consentimiento, historia clínica, protección de datos, adolescentes, aborto, comunicación de resultados y atención transfronteriza.

Mitigaciones

- Revisión legal por caso de uso.
- Lineamientos escritos.
- Canales aprobados.
- Capacitación.
- Actualización periódica.
- Auditoría.

8.9 Riesgo 8: fallas en salvaguarda

Descripción

Puede aparecer violencia sexual, violencia de pareja, coerción reproductiva, explotación, autolesión o falta de seguridad.

Señales

- Persona no puede hablar.
- Alguien responde por ella.
- Cambia respuestas.
- Consulta se interrumpe.

- Equipo evita preguntar.
- Casos de riesgo sin seguimiento.

Mitigaciones

- Protocolo de salvaguarda.
- Preguntas seguras.
- Canal seguro.
- Mensajes neutros.
- Responsable de escalamiento.
- Directorio de apoyo.
- Simulaciones.
- Documentación cuidadosa.

8.10 Riesgo 9: baja calidad de comunicación clínica remota

Descripción

Puede afectar comprensión, confianza y decisiones.

Mitigaciones

- Guiones flexibles.
- Lenguaje claro.
- Teach-back.
- Materiales educativos.
- Role plays.
- Encuesta de experiencia.
- Tiempo suficiente.

8.11 Riesgo 10: sobrecarga operativa y falta de sostenibilidad

Descripción

La telemedicina puede aumentar confirmaciones, soporte, documentación, coordinación y seguimiento.

Mitigaciones

- Horarios definidos.
- Navegación.
- Plantillas simples.
- Automatización segura.
- Medición de carga.

- Costeo total.
- Escalamiento gradual.
- Distribución de roles.

8.12 Riesgo 11: baja confianza usuaria

Mitigaciones

- Explicar alcance.
- Identificar profesional.
- Ofrecer opción presencial.
- Mensajes claros.
- Cierre con próximos pasos.
- Encuestas breves.
- Cumplir seguimiento.

8.13 Riesgo 12: escalamiento prematuro

Mitigaciones

- Semáforo de escalamiento.
- Criterios mínimos.
- Escalamiento gradual.
- Cierre de incidentes.
- Reentrenamiento.
- Revisión de costos.
- Comité de decisión.

8.14 Matriz resumen

Riesgo	Señal temprana	Mitigación	Indicador
Privacidad	Mensajes inseguros	Mensajes neutros	Incidentes
Exclusión digital	No-show alto	Multicanal	Uso por canal
Retraso presencial	Derivaciones tardías	Banderas rojas	Derivaciones
Baja adopción	Protocolos no aplicados	Capacitación	Adherencia
Fragmentación	Resultados pendientes	Responsable por caso	Casos abiertos
Tecnología	Fallas frecuentes	Plan B	Fallas
Regulación	Dudas	Revisión legal	Auditoría
Salvaguarda	Falta de privacidad	Protocolo	Casos escalados

Riesgo	Señal temprana	Mitigación	Indicador
Comunicación	Plan no comprendido	Teach-back	Comprensión
Sobrecarga	Seguimientos atrasados	Roles	Carga
Confianza	Baja satisfacción	Claridad	Satisfacción
Escalamiento	Incidentes abiertos	Semáforo	Preparación

8.15 Registro de riesgos

Campo	Descripción
Riesgo	Qué puede ocurrir.
Tipo	Clínico, operativo, tecnológico, legal, privacidad, equidad.
Probabilidad	Baja, media, alta.
Impacto	Bajo, medio, alto.
Señal temprana	Indicador.
Mitigación	Acción preventiva.
Responsable	Área/persona.
Estado	Abierto, en mitigación, cerrado.
Revisión	Fecha.

8.16 Análisis rápido de incidente

- ¿Qué ocurrió?
- ¿A quién afectó?
- ¿Qué riesgo generó?
- ¿Qué parte del flujo falló?
- ¿Existía protocolo?
- ¿El equipo estaba entrenado?
- ¿Qué acción inmediata se tomó?
- ¿Qué cambio evitará repetición?
- ¿Quién es responsable?
- ¿Cuándo se revisará?

8.17 Checklist de mitigación antes del piloto

- Mensajes neutros.
- Canal seguro.
- Privacidad verificada.
- Protocolo de incidentes.
- Accesos limitados.
- Elegibilidad/exclusión.
- Banderas rojas.
- Ruta urgente.
- Alternativa al video.
- Soporte.
- Roles claros.
- Seguimiento.
- Farmacia/laboratorio informados.
- Protocolo de salvaguarda.
- Tecnología probada.
- Plan B.
- Revisión legal.
- Consentimiento.
- Reglas para adolescentes si aplica.

Producto final

- Lista de riesgos adaptada.
- Señales tempranas.
- Mitigaciones.
- Indicadores asociados.
- Registro vivo de riesgos.
- Protocolo de análisis de incidentes.
- Checklist de mitigación.
- Responsables.
- Rutina de revisión.
- Criterios para pausar, rediseñar o escalar.

9. Checklist de pilotaje y escalamiento

Propósito

Ofrecer una herramienta práctica para verificar si la asociación está lista para iniciar un piloto de telemedicina SSR y, posteriormente, si está preparada para escalarlo.

La pregunta central es:

¿Tenemos las condiciones mínimas para pilotear o escalar sin aumentar riesgos clínicos, legales, operativos, de privacidad o de inequidad?

9.1 Cómo usar el checklist

Debe usarse en dos momentos:

1. Antes de iniciar el piloto.
2. Antes de escalar.

Debe revisarlo un equipo multidisciplinario:

- Liderazgo clínico.
- Operaciones.
- Tecnología.
- Legal/protección de datos.
- Calidad.
- Datos.
- Salvaguarda.
- Admisiones.
- Farmacia/laboratorio/red presencial si aplica.
- Experiencia de usuario si está disponible.

9.2 Estados de revisión

Estado	Significado	Acción
Cumplido	Evidencia suficiente.	Puede avanzar.
Parcial	Requiere ajuste o validación.	Corregir o avanzar con mitigación.
No cumplido	No existe o no está listo.	No avanzar si es crítico.

Clasificación de importancia:

- Crítico.
- Importante.
- Deseable.

9.3 Checklist antes de iniciar el piloto

Caso de uso y alcance

Ítem	Criticidad
Caso de uso claramente definido.	Crítico
Problema documentado.	Crítico
Población objetivo definida.	Crítico
Alcance remoto claro.	Crítico
Exclusiones definidas.	Crítico
Ruta presencial disponible.	Crítico
Piloto acotado a pocos servicios.	Importante
Criterios para continuar, ajustar o cerrar.	Importante

Segmentación y riesgos

Ítem	Criticidad
Población primaria definida.	Crítico
Subgrupos identificados.	Importante
Barreras digitales/sociales/privacidad identificadas.	Crítico
Elegibilidad definida.	Crítico
Triage ampliado definido.	Crítico
Derivación presencial/urgente definida.	Crítico
Banderas rojas clínicas.	Crítico
Banderas rojas sociales.	Crítico
Acción ante falta de privacidad.	Crítico
Alternativa para baja conectividad.	Importante

Regulación, consentimiento y datos

Ítem	Criticidad
Servicio revisado legalmente.	Crítico

Ítem	Criticidad
Canal permitido validado.	Crítico
Profesionales habilitados definidos.	Crítico
Consentimiento validado.	Crítico
Registro de consentimiento definido.	Crítico
Prescripción revisada si aplica.	Crítico
Reglas para adolescentes si aplica.	Crítico
Política de datos mínimos.	Importante
Acceso a datos sensibles definido.	Crítico
Protocolo de incidentes.	Crítico

Modelo clínico híbrido

Ítem	Criticidad
Protocolo específico.	Crítico
Flujo antes-durante-después.	Crítico
Preguntas mínimas.	Crítico
Decisiones posibles.	Crítico
Ruta presencial programada.	Crítico
Ruta prioritaria.	Crítico
Ruta urgente.	Crítico
Ruta de salvaguarda.	Crítico
Ventanas de seguimiento.	Importante
Criterio de cierre.	Importante

Canales y tecnología

Ítem	Criticidad
Canal principal según caso/población.	Crítico
Canal alternativo.	Crítico
Tecnología probada.	Crítico
Plan ante falla.	Crítico
Canales institucionales.	Crítico

Ítem	Criticidad
Mensajería y recordatorios definidos.	Crítico
Mensajes neutros.	Crítico
Historia clínica disponible.	Crítico
Accesos configurados.	Crítico
Soporte técnico.	Importante

Operación y red

Ítem	Criticidad
Ruta de entrada definida.	Crítico
Admisiones conoce alcance.	Crítico
Agenda configurada.	Crítico
Tiempos realistas.	Importante
Procedimiento para no-show.	Importante
Navegación/seguimiento responsable.	Crítico
Laboratorio informado si aplica.	Crítico
Farmacia informada si aplica.	Crítico
Ruta presencial preparada.	Crítico
Lista de pendientes.	Importante

Capacitación y simulación

Ítem	Criticidad
Equipo clínico capacitado.	Crítico
Admisiones capacitado.	Crítico
Navegación capacitada.	Crítico
Soporte capacitado.	Importante
Farmacia/laboratorio orientados.	Importante
Simulación de privacidad y consentimiento.	Crítico
Simulación de banderas rojas.	Crítico
Simulación de salvaguarda.	Crítico
Prueba punta a punta.	Crítico

Ítem	Criticidad
Ajustes corregidos.	Importante

Indicadores y tablero

Ítem	Criticidad
Indicadores mínimos definidos.	Crítico
Fuentes de datos.	Crítico
Responsable del tablero.	Crítico
Acceso medido.	Crítico
Calidad y seguridad medidas.	Crítico
Privacidad y consentimiento medidos.	Crítico
Continuidad medida.	Crítico
Experiencia recogida de forma segura.	Importante
Equidad revisada.	Importante
Frecuencia definida.	Crítico

Gobierno y riesgos

Ítem	Criticidad
Responsable institucional.	Crítico
Liderazgo clínico.	Crítico
Responsable operativo.	Crítico
Responsable tecnológico.	Importante
Responsable de datos.	Importante
Responsable de privacidad.	Crítico
Responsable de salvaguarda.	Crítico
Registro de riesgos.	Importante
Mitigaciones definidas.	Crítico
Criterios para pausar.	Crítico

9.4 Decisión para iniciar piloto

Estado	Condición	Decisión
Listo	Críticos cumplidos y parciales mitigados.	Iniciar piloto.
Listo con condiciones	Sin críticos abiertos, brechas importantes mitigadas.	Iniciar con revisión estrecha.
No listo	Uno o más críticos no cumplidos.	No iniciar.

Evidencia mínima

- Ficha de caso de uso.
- Ficha de segmentación.
- Protocolo clínico.
- Revisión regulatoria.
- Consentimiento.
- Rutas de derivación.
- Canales aprobados.
- Equipo capacitado.
- Prueba punta a punta.
- Tablero mínimo.
- Responsable del piloto.
- Registro de riesgos.

9.5 Checklist durante el piloto

Ítem	Acción si no se cumple
Consultas según caso de uso	Revisar alcance.
No se atienden casos excluidos	Reentrenar y auditar.
Consentimiento documentado	Ajustar plantilla.
Privacidad verificada	Reentrenar.
Mensajes neutros	Corregir plantillas.
Banderas rojas escaladas	Revisar triage.
Derivaciones completadas	Fortalecer navegación.
Resultados con responsable	Asignar dueño.
Seguimientos realizados	Ajustar ventanas y responsables.
Fallas técnicas registradas	Fortalecer soporte.

Ítem	Acción si no se cumple
Incidentes revisados	Activar calidad/compliance.
Barreras recogidas	Ajustar encuesta/triage.
Tablero actualizado	Asignar responsable.
Ajustes documentados	Mantener registro de cambios.

9.6 Checklist antes de escalar

Evidencia del piloto

- Periodo completado.
- Volumen suficiente.
- Ajustes documentados.
- Feedback del equipo.
- Experiencia de usuarios.
- Informe de cierre.
- Decisión basada en datos.

Seguridad clínica

- Sin eventos graves abiertos.
- Eventos analizados.
- Adherencia aceptable.
- Consentimiento consistente.
- Privacidad consistente.
- Banderas rojas escaladas.
- Derivaciones funcionan.
- Seguimientos activos.
- Aprobación clínica.

Privacidad, salvaguarda y regulación

- Sin incidentes críticos abiertos.
- Mensajes neutros consistentes.
- Canal seguro confirmado.
- Salvaguarda usada cuando correspondía.
- Equipo sabe actuar ante falta de privacidad.
- Revisión regulatoria vigente.

- Nuevos servicios/poblaciones requieren nueva revisión.

Operación

- Agenda sostenible.
- No-show en rango o con plan.
- Seguimiento funciona.
- Farmacia/laboratorio responden.
- Red presencial puede absorber volumen.
- Contrarreferencia.
- Equipo sin sobrecarga crítica.
- Recursos disponibles.

Tecnología

- Canal principal estable.
- Canal alternativo probado.
- Fallas en rango.
- Soporte responde.
- Accesos controlados.
- Tecnología soporta volumen.
- Costo revisado.

Experiencia y equidad

- Satisfacción aceptable.
- Personas entienden próximos pasos.
- Canal aceptado.
- Barreras identificadas.
- Plan de reducción de brechas.
- Alternativa al video.
- Revisión de quién no usa el servicio.

Costos y sostenibilidad

- Costo operativo estimado.
- Costo de escalar estimado.
- Recursos para soporte y seguimiento.
- Recursos para capacitación.
- Tecnología sostenible.
- No depende de una sola persona.

- Plan de continuidad.

9.7 Decisión para escalar

Estado	Condición	Decisión
Escalar	Críticos cumplidos y riesgos controlados.	Escalar gradualmente.
Escalar con condiciones	Brechas no críticas con plan.	Escalar limitado.
Mantener piloto	Faltan datos o estabilidad.	Continuar piloto.
No escalar	Riesgos críticos o dudas legales.	Rediseñar, pausar o cerrar.

9.8 Semáforo de preparación

Dimensión	Verde	Amarillo	Rojo
Seguridad	Sin eventos críticos	Incidentes menores	Eventos críticos
Privacidad	Consentimiento y mensajes consistentes	Brechas aisladas	Incidentes sensibles
Operación	Flujo sostenible	Sobrecarga manejable	Seguimiento falla
Tecnología	Canal estable	Fallas corregibles	Sin alternativa
Equidad	Llega a población	Brechas con plan	Excluye prioridad
Experiencia	Buena aceptación	Barreras corregibles	Baja confianza
Sostenibilidad	Recursos disponibles	Ajustes requeridos	Sin capacidad
Gobierno	Responsables activos	Parcial	Sin dueño

9.9 Plan de escalamiento gradual

1. **Escalar volumen:** más consultas del mismo caso.
2. **Escalar equipo:** incorporar personal.
3. **Escalar sede o territorio:** abrir nuevas zonas.
4. **Escalar población:** incluir nuevos grupos.
5. **Escalar servicios:** agregar casos de uso nuevos.

Cada nuevo servicio debe pasar nuevamente por los ocho pasos.

9.10 Plantilla de plan de escalamiento

Campo	Definición
Servicio	

Campo	Definición
Tipo de escalamiento	Volumen, equipo, sede, población, servicio, tecnología.
Justificación	Evidencia del piloto.
Riesgos	
Mitigaciones	
Recursos	Personal, tecnología, presupuesto, red.
Capacitación	
Cambios de protocolo	
Indicadores	
Fecha de inicio	
Responsable	
Revisión	
Criterios de pausa	
Fecha de evaluación	

9.11 Checklist de primeros 90 días

Días 1–30: preparar

- Protocolos actualizados.
- Equipo adicional capacitado.
- Accesos configurados.
- Agenda ajustada.
- Red presencial confirmada.
- Farmacia/laboratorio confirmados.
- Tablero actualizado.
- Riesgos revisados.

Días 31–60: ampliar controladamente

- Monitoreo semanal de no-show.
- Auditoría de historias.
- Revisión de incidentes.
- Fallas técnicas monitoreadas.
- Carga del equipo revisada.

- Experiencia usuaria recogida.
- Derivaciones y seguimientos revisados.
- Ajustes rápidos.

Días 61–90: estabilizar

- Comparar con piloto.
- Revisar sostenibilidad.
- Revisar equidad.
- Actualizar protocolos.
- Documentar aprendizajes.
- Definir siguiente fase.
- Reportar a dirección.
- Decidir mantener, ajustar o ampliar.

Producto final

- Checklist antes de piloto.
- Criterios de decisión.
- Checklist durante piloto.
- Checklist antes de escalar.
- Semáforo.
- Matriz de decisión.
- Plan gradual.
- Plantilla de escalamiento.
- Checklist 90 días.
- Criterios para pausar/rediseñar/cerrar.
- Evidencia mínima requerida.

Fuentes de apoyo generales

1. World Health Organization. **Consolidated telemedicine implementation guide**. Geneva: WHO; 2022.
2. World Health Organization. **WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening**. Geneva: WHO; 2019.
3. World Health Organization. **Global Strategy on Digital Health 2020–2025**. Geneva: WHO; 2021.
4. Totten AM, Womack DM, Eden KB, et al. **Telehealth: Mapping the Evidence for Patient Outcomes From Systematic Reviews**. AHRQ Technical Brief; 2016.
5. Totten AM, McDonagh MS, Wagner J. **The Evidence Base for Telehealth: Reassurance in the Face of Rapid Expansion During the COVID-19 Pandemic**. AHRQ; 2020.
6. HRP, WHO, UNDP, UNFPA and the World Bank. **Self-care interventions for sexual and reproductive health and rights to advance universal health coverage: 2023 joint statement**. 2023.
7. World Health Organization. **Self-care interventions for sexual and reproductive health**. WHO SRH programme resources.
8. World Health Organization. **WHO guideline on self-care interventions for health and well-being**. Geneva: WHO; 2022.
9. World Health Organization. **Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines**. Geneva: WHO; 2013.

Nota final

Este documento debe adaptarse a la regulación local, al portafolio de servicios, a la capacidad clínica, a las rutas presenciales disponibles y a las necesidades de las poblaciones atendidas por cada asociación. No sustituye la revisión jurídica, clínica ni de protección de datos correspondiente.