

## Caso de éxito – Profamilia Colombia

# MÍA



Modelo de telemedicina para el acceso al aborto autogestionado con acompañamiento médico virtual

## 1. Propósito y alcance del documento

Este documento tiene como propósito presentar el caso de MÍA, el modelo de telemedicina desarrollado por Profamilia (Colombia) para facilitar el acceso al aborto autogestionado con acompañamiento médico virtual. Su objetivo es documentar la experiencia de diseño, implementación y evolución del modelo, destacando tanto sus componentes estratégicos como sus aspectos operativos, tecnológicos y de gestión.

El caso busca servir como referencia práctica para asociaciones, organizaciones prestadoras de servicios de salud, redes de salud sexual y reproductiva, organizaciones de la sociedad civil y equipos técnicos de otros países que estén interesados en conocer, adaptar o fortalecer modelos de atención remota. En particular, está dirigido a organizaciones que enfrentan desafíos similares a los de Profamilia: barreras geográficas, sociales, económicas, tecnológicas o institucionales que limitan el acceso oportuno a servicios esenciales de salud sexual y reproductiva.

Aunque MÍA está centrado en la interrupción voluntaria del embarazo (específicamente en el acceso al aborto autogestionado hasta las 12 semanas de edad gestacional mediante telemedicina), los aprendizajes del modelo pueden extrapolarse a otros servicios de SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, y a otros servicios de salud que requieran orientación remota, agendamiento, atención virtual, entrega de insumos, seguimiento clínico y rutas de derivación presencial. El valor del caso no reside únicamente en el servicio clínico específico que aborda, sino en la manera como articula canales digitales, talento humano especializado, procesos administrativos, historia clínica electrónica, logística, seguimiento y acompañamiento sensible a las personas usuarias.

Desde esta perspectiva, MÍA ofrece aprendizajes útiles para cualquier organización que busque diseñar modelos híbridos o virtuales de atención, especialmente en contextos donde la presencialidad no siempre es posible, suficiente o deseable para las personas usuarias. El caso permite observar cómo una organización puede transformar una necesidad de acceso en un modelo operativo más amplio, capaz de combinar tecnología, calidad clínica, confidencialidad, gestión de datos, articulación territorial y mejora continua.

### Nota importante

El documento no pretende ser una guía clínica ni sustituir los marcos regulatorios, protocolos médicos o lineamientos nacionales de cada país. Su propósito es compartir una experiencia institucional concreta, con sus logros, decisiones, retos y oportunidades de mejora, para que otras organizaciones puedan identificar elementos adaptables a sus propios contextos. En ese sentido, las prácticas aquí descritas deben leerse como aprendizajes derivados de la experiencia de Profamilia y no como un modelo único o universal.

## 2. Contexto: acceso al aborto seguro y barreras en Colombia

Colombia cuenta hoy con uno de los marcos normativos más amplios de la región en materia de interrupción voluntaria del embarazo. A partir de la Sentencia C-055 de 2022, la Corte Constitucional despenalizó el aborto hasta la semana 24 de gestación. Sin embargo, la existencia de un marco

legal favorable no garantiza, por sí sola, el acceso efectivo y oportuno al servicio. Persisten barreras legales, sociales, culturales, económicas y geográficas que limitan la posibilidad de que muchas personas ejerzan este derecho en condiciones de seguridad, confidencialidad y calidad.

Estas barreras se intensifican por las características del territorio colombiano. La presencia de selvas, montañas, zonas rurales dispersas y áreas apartadas dificulta la disponibilidad de servicios de SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, especialmente en lugares donde no existe infraestructura suficiente, disponibilidad permanente de talento humano capacitado o insumos necesarios para la prestación del servicio. A pesar del avance normativo, en muchas regiones del país todavía existen brechas importantes para garantizar el derecho al aborto seguro, particularmente en territorios donde la oferta institucional es limitada.

A estas condiciones estructurales, se suman factores sociales que afectan la búsqueda de atención. El estigma asociado al aborto, el temor a ser juzgada, la desinformación sobre la legalidad del servicio y la desconfianza frente a rutas institucionales, pueden hacer que las personas retrasen la consulta, acudan a fuentes no confiables o enfrenten el proceso en condiciones de mayor vulnerabilidad. Por esta razón, el acceso al aborto seguro no depende únicamente de contar con clínicas o profesionales disponibles, sino también de ofrecer información clara, canales de contacto confiables y acompañamiento sensible durante todo el proceso.

La pandemia por COVID-19 puso en evidencia y profundizó muchas de estas limitaciones. Las restricciones de movilidad, la reorganización de los servicios de salud y el temor a acudir presencialmente a instituciones clínicas, generaron la necesidad de encontrar nuevas formas de garantizar servicios esenciales de SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. En este contexto, la telemedicina adquirió un papel estratégico para sostener la continuidad de la atención y ampliar las posibilidades de acceso en condiciones seguras.

La telemedicina representa una respuesta relevante frente a las barreras territoriales y sociales que limitan el acceso. La Organización Mundial de la Salud la reconoce como una estrategia efectiva para ampliar el acceso a servicios de salud, incluido el aborto, al permitir superar barreras territoriales, mejorar la cobertura y asegurar condiciones de calidad, seguridad y confidencialidad.

En este contexto surge la necesidad de modelos de atención capaces de acercar servicios seguros, confidenciales y de calidad a personas que enfrentan barreras para acudir presencialmente a una clínica. La telemedicina se convierte así en una herramienta estratégica para reducir brechas territoriales, sostener la continuidad de la atención y fortalecer el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.

### 3. Origen y propósito de MÍA

---

MÍA nace como la respuesta de Profamilia a ese desafío de acceso. Su origen se ubica en la necesidad de transformar una ruta tradicionalmente presencial en un modelo capaz de ofrecer orientación, atención médica virtual, entrega de medicamentos y seguimiento remoto, manteniendo estándares de calidad, seguridad y confidencialidad.

El modelo surge en el contexto de la pandemia por COVID-19, cuando se hizo necesario garantizar la continuidad de servicios esenciales de SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA en medio de restricciones de movilidad, reorganización de la atención en salud y mayores dificultades para acudir presencialmente a una clínica. Esta coyuntura aceleró una transformación que permitió avanzar desde esquemas iniciales de teleorientación hacia un modelo de teleconsulta, con una ruta más estructurada para la atención del aborto autogestionado.

MÍA también responde a otros factores que han marcado las necesidades de acceso en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, como las crisis migratorias, los determinantes sociales y las brechas territoriales que afectan de manera diferenciada a las personas según su ubicación, contexto económico, nivel de información y posibilidades reales de movilidad.

El propósito central de MÍA es facilitar el acceso al servicio de aborto autogestionado a personas en Colombia hasta las 12 semanas de edad gestacional, bajo la normativa vigente y con los mejores estándares de calidad y seguridad. El modelo permite que la persona usuaria reciba orientación, acceda a una consulta médica en línea, cuente con prescripción de medicamentos (mifepristona y misoprostol), reciba el kit necesario para el proceso y tenga seguimiento posterior a distancia.

Más que una consulta virtual aislada, MÍA es una ruta integral de atención. Su diseño articula canales de contacto, talento humano capacitado, herramientas digitales, historia clínica electrónica, logística para el envío del kit, seguimiento posterior y mecanismos de derivación presencial cuando las condiciones clínicas o logísticas lo requieren.

### Premisa fundamental del modelo

#### ***"La autogestión no significa ausencia de acompañamiento."***

En MÍA, la persona usuaria conserva un rol activo y autónomo en su proceso, pero cuenta con respaldo médico, orientación por canales de atención, seguimiento de enfermería y rutas de atención complementarias cuando son necesarias. Esta combinación entre autonomía, seguridad clínica y acompañamiento sensible es uno de los elementos que define el propósito del modelo.

Desde su origen, MÍA ha buscado contribuir a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos mediante una alternativa que reduzca barreras geográficas, económicas y sociales. La telemedicina permite acercar el servicio a personas que viven lejos de una clínica, que enfrentan dificultades de movilidad, que requieren mayor confidencialidad o que prefieren una atención remota. En ese sentido, MÍA se convierte en una estrategia de acceso, pero también en una herramienta para fortalecer la autonomía, la información y la toma de decisiones de las personas con capacidad de gestar.

## 4. Descripción general del modelo MÍA

MÍA es el modelo de telemedicina de Profamilia para facilitar el acceso al aborto autogestionado con acompañamiento médico virtual. Está diseñado para personas en Colombia que requieren acceder a una interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas de edad gestacional, bajo criterios de calidad, seguridad, confidencialidad y cumplimiento de la normativa vigente.

El modelo combina atención remota, orientación personalizada, consulta médica en línea, prescripción de medicamentos, entrega de un kit para la autogestión del proceso y seguimiento posterior. Su propósito es que la persona usuaria pueda acceder a un servicio seguro sin que la presencialidad sea la única vía disponible, especialmente cuando existen barreras geográficas, económicas, sociales, logísticas o de confidencialidad que dificultan acudir a una clínica.

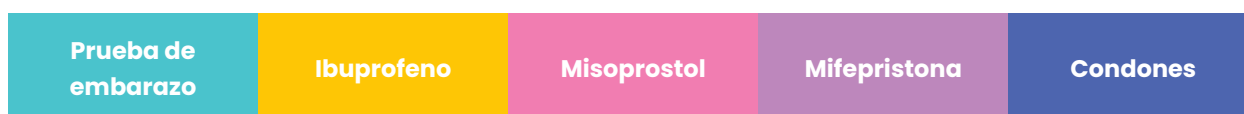
MÍA opera como una ruta integral, no como una consulta virtual aislada. La atención inicia desde los canales de contacto habilitados (principalmente WhatsApp, línea telefónica y página web), continúa con la caracterización inicial y el agendamiento, avanza hacia la teleconsulta médica cuando la persona cumple los criterios para esta modalidad, incorpora la entrega del kit por medio de un operador logístico y finaliza con seguimiento y control posterior. Cuando la persona no cumple las condiciones para continuar por teleconsulta, la ruta contempla la orientación y derivación hacia atención presencial, evitando que quede por fuera del proceso de atención.

El alcance clínico del modelo está definido para personas hasta las 12 semanas de edad gestacional. Sin embargo, en la operación se realiza una captación máxima alrededor de la semana 11, considerando los tiempos necesarios para la consulta, el pago, la facturación, la preparación y el envío del kit. Esta regla operativa busca asegurar que la persona pueda utilizar los medicamentos dentro del límite establecido para el modelo virtual. Cuando se supera este rango o se identifican condiciones que requieren valoración presencial, la persona es orientada hacia una sede de Profamilia o una ruta presencial adecuada.

El servicio se estructura alrededor de un paquete de atención que incluye la consulta inicial, el kit de medicamentos e insumos, una orientación sobre planificación familiar, seguimiento de enfermería, control posterior y, de manera opcional, consulta de psicología. La consulta psicológica no es obligatoria ni condiciona la continuidad del proceso; hace parte de los recursos de acompañamiento disponibles para quienes la requieran.

### Kit MÍA – componentes incluidos

El kit MÍA incluye los medicamentos e insumos necesarios para la autogestión del proceso: prueba de embarazo, ibuprofeno, misoprostol, mifepristona y condones. Su entrega se articula con los procesos administrativos, de facturación y logística de Profamilia, y se realiza a través de un operador logístico. Este componente es fundamental para el funcionamiento del modelo, porque permite que la atención virtual se traduzca en acceso efectivo al tratamiento.



Un elemento distintivo de MÍA es que articula autonomía y acompañamiento. La persona usuaria participa activamente en su proceso, recibe información para tomar decisiones y autogestiona el uso de los medicamentos en su entorno. Al mismo tiempo, cuenta con respaldo médico, canales de orientación, seguimiento de enfermería, identificación de signos de alarma y rutas de derivación

cuando es necesario. La autogestión, por tanto, no se entiende como atención sin soporte, sino como una forma de ampliar la autonomía de la persona con acompañamiento profesional y trazabilidad clínica.

Desde el punto de vista operativo, MÍA integra distintos componentes institucionales: canales de atención, equipo médico especializado en teleconsulta, auxiliares de enfermería, facturación, logística, áreas administrativas, equipos regionales y herramientas tecnológicas de soporte. La operación exige coordinación entre estas áreas para asegurar que cada caso avance desde el primer contacto hasta el cierre, con especial atención a los momentos críticos del proceso: agendamiento, pago, consulta, envío del kit, seguimiento y control.

Desde el punto de vista tecnológico, el modelo se apoya en plataformas digitales para el contacto con las personas usuarias, el agendamiento, la teleconsulta, la historia clínica electrónica, la facturación y la trazabilidad del proceso. SIESA (ERP institucional de Profamilia) funciona como una plataforma central para el agendamiento, la teleconsulta, la facturación y el registro clínico, mientras que otros canales como WhatsApp, teléfono, correo electrónico y matrices de seguimiento permiten sostener la coordinación operativa.

En síntesis, MÍA es un modelo híbrido de atención en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA que combina telemedicina, logística, acompañamiento humano y seguimiento clínico. Su valor está en haber convertido una necesidad de acceso en una ruta organizada que permite llegar a personas ubicadas en distintos territorios del país, manteniendo criterios de seguridad, confidencialidad y calidad en la atención.

## 5. Flujo operativo de atención

El modelo MÍA funciona como una ruta integral que articula canales de contacto, orientación inicial, definición de modalidad de atención, agendamiento, teleconsulta, entrega del kit, seguimiento clínico y cierre del caso. Su operación combina actividades administrativas, clínicas, tecnológicas y logísticas, con el objetivo de que la persona usuaria transite el proceso de manera segura, informada y acompañada.

A lo largo del flujo intervienen distintas herramientas institucionales y externas. Para facilitar la lectura, se explican brevemente cuando aparecen por primera vez.

### 5.1 Primer contacto y caracterización

**Resumen del paso:** La persona usuaria ingresa por alguno de los canales habilitados, recibe una primera orientación y entrega información básica que permite caracterizar su situación inicial.

**Herramientas principales:** WhatsApp, bot inicial de WhatsApp, línea telefónica exclusiva, sitio web MÍA y, cuando aplica, Emilia, una herramienta digital utilizada por Profamilia para facilitar procesos de autogestión o agendamiento presencial.

El primer contacto con MÍA puede realizarse a través de tres canales principales: WhatsApp, una línea telefónica exclusiva y el sitio web. En la operación actual, WhatsApp es el canal más utilizado y concentra un alto volumen de solicitudes, tanto para información inicial como para acompañamiento durante y después del proceso. La línea telefónica exclusiva complementa este canal y es atendida por el mismo equipo, que alterna la gestión de llamadas y mensajes.

El sitio web de MÍA fue concebido para brindar información general y permitir el autoagendamiento. Allí la persona usuaria puede encontrar información sobre el servicio y avanzar hacia una opción de agendar cita. Sin embargo, actualmente el sitio dirige a WhatsApp debido a dificultades de integración con SIESA, plataforma institucional que soporta procesos como agendamiento, teleconsulta, facturación e historia clínica electrónica. La dificultad se presenta particularmente en la generación del enlace de conexión para la teleconsulta. Esta situación ha llevado a priorizar el acompañamiento por WhatsApp para asegurar que el agendamiento y la conexión a la cita puedan realizarse correctamente.

En WhatsApp, la interacción inicia con un bot básico que recoge información inicial necesaria para orientar la atención. Esta automatización permite adelantar una caracterización preliminar antes de que intervenga un asesor especializado. Entre los datos solicitados se encuentran ciudad, edad, identificación (cuando la persona la comparte), semanas gestacionales y confirmación de prueba de embarazo. Esta información permite anticipar si la persona pudiese continuar hacia una ruta de teleconsulta o si requiere orientación hacia una ruta presencial.

La caracterización inicial no se entiende como un triage clínico excluyente. En MÍA, todas las solicitudes son priorizadas como parte de un servicio sensible y de alta necesidad. La primera información solicitada busca orientar adecuadamente a la persona, adaptar la información según su situación y evitar pedir datos sensibles demasiado pronto. Por esta razón, el proceso diferencia dos momentos: primero, una recolección de datos básicos para brindar información general; y segundo, una solicitud de datos más específicos cuando la persona confirma su interés en agendar y acceder al servicio.

Esta diferenciación reduce barreras de entrada. Algunas personas buscan información sin estar listas para agendar, mientras que otras llegan con la decisión tomada y desean avanzar directamente. El modelo permite responder a ambos escenarios: entregar orientación sin condicionar la información a la entrega inmediata de datos personales, y solicitar la información completa únicamente cuando se requiere crear o identificar a la persona en el sistema para gestionar el agendamiento.

## 5.2 Orientación y definición de ruta

**Resumen del paso:** El equipo asesor revisa la información inicial, resuelve dudas y define si la persona puede continuar por teleconsulta o debe ser orientada hacia una atención presencial.

**Herramientas principales:** WhatsApp, línea telefónica, resumen generado por el bot, SIESA para consulta de disponibilidad y agendamiento, y canales internos de articulación.

Después de la caracterización inicial, las asesoras cumplen un rol central en la orientación de la persona usuaria. Su función es explicar el servicio, resolver dudas, revisar la información entregada y definir la ruta más adecuada según las condiciones reportadas. Este acompañamiento es especialmente relevante porque muchas personas requieren información adicional, contención emocional, aclaración sobre la seguridad del proceso o guía para comprender las opciones disponibles.

La definición de ruta considera criterios clínicos y operativos. Entre los elementos relevantes se encuentran las semanas de gestación, la existencia de una prueba de embarazo, la regularidad del periodo, el uso de métodos anticonceptivos, la realización previa de maniobras abortivas, la necesidad de ecografía transvaginal en determinados casos, la presencia de signos de alarma o cualquier condición que pueda requerir valoración presencial.

La prueba de embarazo es un punto de referencia clave. Cuando la persona indica que no se ha realizado una prueba, se le orienta para que la realice preferiblemente antes de continuar, con el fin de confirmar el embarazo. Esto no implica negar información: la persona recibe orientación sobre cómo acceder al proceso y sobre las rutas disponibles.

Existen condiciones que pueden llevar a una derivación presencial. Por ejemplo, si la persona reporta maniobras abortivas previas, si supera el rango operativo para la teleconsulta, si requiere una ecografía y no cuenta con ella, o si se identifican signos de alarma, se orienta hacia atención presencial. El modelo virtual se mantiene para personas que cumplen los criterios definidos para una atención segura por telemedicina; cuando estos criterios no se cumplen, la ruta presencial se activa como mecanismo de garantía y continuidad.

### Principio de no abandono

La persona no queda por fuera de la atención por no cumplir criterios para teleconsulta. Si la ruta virtual no es la más adecuada, se brinda orientación y, cuando corresponde, se agenda o se referencia hacia una sede presencial. Este enfoque permite que la telemedicina funcione como una puerta de entrada al sistema, no como un filtro que excluye a quienes requieren otro tipo de atención.

## 5.3 Agendamiento y pago

**Resumen del paso:** Cuando la persona decide avanzar y cumple las condiciones de la ruta, se gestiona el agendamiento, se valida el tipo de acceso y se realiza el proceso de pago o autorización correspondiente.

**Herramientas principales:** SIESA; correo electrónico; link de pago; PSE, mecanismo colombiano de pagos electrónicos desde cuentas bancarias; otros puntos de pago habilitados; facturación interna; y matriz de seguimiento.

Cuando la persona usuaria decide avanzar con el servicio y cumple las condiciones para teleconsulta, el agendamiento se realiza a través de SIESA, la plataforma institucional utilizada por Profamilia para gestionar componentes administrativos y clínicos del proceso. Esta plataforma permite crear o identificar a la persona en el sistema, ingresar sus datos básicos, consultar disponibilidad de agenda según la sede seleccionada y asignar la cita con el profesional correspondiente. Además del agendamiento, SIESA integra procesos como facturación, teleconsulta e historia clínica electrónica.

La gestión del agendamiento varía según el tipo de acceso. En el caso de personas particulares, el proceso incluye el envío de un enlace de pago antes de confirmar la cita. La solicitud se remite al área de facturación, que genera el enlace y lo envía al correo electrónico de la persona usuaria. Una vez realizado el pago, se valida el registro, se genera la factura y se habilita al equipo de canales para contactar nuevamente a la persona y agendar la teleconsulta.

En los casos asociados a convenios con Entidades Promotoras de Salud o EPS (entidades del sistema colombiano de aseguramiento en salud), el flujo puede ser diferente. Cuando no se requiere pago directo por parte de la persona usuaria, Profamilia realiza internamente el proceso de autorización y la cita puede agendarse desde el primer contacto, siempre que se cuente con la información necesaria y se cumplan las condiciones para la ruta correspondiente.

El pago constituye uno de los puntos operativos sensibles de la ruta. Los enlaces de pago tienen una vigencia limitada, usualmente entre 48 y 72 horas. Cuando la persona no realiza el pago dentro de ese periodo, el enlace puede vencerse y se requiere una nueva gestión. Esto genera recontactos, ajustes administrativos y posibles demoras en la continuidad del proceso.

Estas situaciones evidencian la importancia de contar con trazabilidad y seguimiento permanente. Las caídas pueden ocurrir en distintas etapas: personas que no realizan el pago, que solicitan pensar la decisión, que no asisten a la teleconsulta, que requieren valoración presencial o que no continúan después de una condición adicional, como la solicitud de ecografía. En ausencia de un CRM o sistema de gestión de casos o relacionamiento con usuarios, el seguimiento se apoya en hilos de correo y matrices manuales que permiten identificar el estado de cada caso.

## 5.4 Teleconsulta médica

**Resumen del paso:** La persona usuaria se conecta con un profesional médico especializado, recibe valoración clínica, firma el consentimiento informado y, si cumple criterios, obtiene la formulación para continuar con el proceso.

**Herramientas principales:** SIESA, enlace de teleconsulta enviado por correo electrónico, audio y video, historia clínica electrónica y consentimiento informado.

La teleconsulta médica de MÍA es realizada por profesionales especializados y se encuentra centralizada en la Clínica Piloto de Bogotá, en la capital colombiana, una sede de Profamilia que concentra la operación clínica y administrativa del modelo virtual. Esta centralización permite concentrar la experiencia clínica, estandarizar la atención y coordinar la operación desde un punto institucional definido. Para la ruta de teleconsulta, la captación se realiza máximo alrededor de la semana 11 de gestación, considerando que el kit debe llegar a tiempo para que la persona pueda utilizarlo hasta la semana 12.

Una vez agendada la cita, la persona usuaria recibe por correo electrónico la confirmación y el enlace de conexión. El día de la consulta, ingresa al enlace, activa audio y video, y se conecta con el profesional de salud. La atención se realiza en la plataforma integrada a SIESA, lo que permite desarrollar la consulta y registrar la información clínica en el sistema institucional.

Durante la teleconsulta se realiza la valoración médica correspondiente, se revisan las condiciones para continuar con el proceso virtual y se orienta a la persona sobre el procedimiento. En esta etapa se firma el consentimiento informado clínico. Previamente, cuando se solicitan datos personales como cédula u otra información de identificación, se gestiona la autorización para el tratamiento de datos personales.

El registro de la atención queda en la historia clínica electrónica de SIESA. Este acceso está restringido a personal autorizado, lo que contribuye a la seguridad y confidencialidad de la información clínica. SIESA permite integrar la atención médica con la trazabilidad del caso, el agendamiento y los procesos administrativos asociados.

Cuando la valoración médica confirma que la persona puede continuar por la ruta de aborto autogestionado, se formula el medicamento y se envían los documentos requeridos al correo electrónico. A partir de ese momento se activa el proceso administrativo y logístico para la adquisición y entrega del kit MÍA. Si durante la consulta se identifica una condición que impide continuar virtualmente, se orienta a la persona hacia una ruta presencial.

## 5.5 Entrega del kit MÍA

**Resumen del paso:** Después de la formulación médica, se gestiona el pago, facturación, preparación y envío del kit para que la persona pueda realizar el proceso de autogestión.

**Herramientas principales:** Enlace de pago, correo electrónico, facturación, matriz de seguimiento en Drive, área administrativa de Clínica Piloto, logística interna y Servientrega (operador logístico externo utilizado para el envío del kit).

El kit MÍA es el componente que permite materializar la atención virtual en el acceso efectivo al tratamiento. Incluye una prueba de embarazo, ibuprofeno, misoprostol, mifepristona y condones. La entrega del kit se gestiona después de la teleconsulta y de la formulación médica, cuando la persona cumple los criterios para continuar con la ruta virtual.

El proceso de pago del kit se realiza como una fase posterior a la consulta. Una vez formulado, se envía a la persona usuaria un nuevo enlace de pago. Cuando el pago se confirma, se genera la factura y se activa el proceso logístico para el despacho. Esta etapa requiere coordinación entre facturación, el área administrativa de la Clínica Piloto, el equipo de canales, logística y el operador encargado del envío.

El despacho del kit está centralizado en la Clínica Piloto de Bogotá. Esta centralización facilita el control operativo, la coordinación administrativa y la trazabilidad del inventario. El operador logístico

utilizado para el envío es Servientrega, empresa externa de mensajería y transporte que realiza la entrega en el lugar indicado por la persona usuaria.

La gestión logística es uno de los componentes más críticos del modelo. Un error en la dirección, una dificultad de movilidad, la ausencia de la persona en el punto de entrega, una llamada no contestada o una devolución pueden afectar los tiempos del proceso. Cuando esto ocurre, el equipo activa mecanismos de seguimiento para identificar el estado del envío, coordinar nuevos intentos de entrega o resolver la contingencia con apoyo territorial.

En algunos casos, si el kit no logra ser entregado oportunamente y la persona se encuentra cerca de una sede regional, se coordina con esa sede la entrega de un kit disponible en calidad de préstamo. Posteriormente, Profamilia realiza internamente el proceso de reposición para nivelar el inventario. Esta articulación busca evitar que la persona usuaria asuma las consecuencias de una contingencia logística y asegurar que pueda continuar el proceso dentro de los tiempos requeridos.

La entrega del kit muestra que MÍA no depende únicamente de la teleconsulta. El modelo requiere una operación logística precisa, seguimiento individualizado y capacidad de respuesta ante contingencias. Por esta razón, la coordinación entre áreas es tan importante como la plataforma tecnológica que soporta la atención.

## 5.6 Seguimiento, control y cierre

**Resumen del paso:** El equipo realiza seguimiento posterior a la entrega del kit, confirma la toma de medicamentos, identifica signos de alarma, agenda el control y define el cierre o la derivación presencial.

**Herramientas principales:** WhatsApp, llamada telefónica, SIESA, matriz de seguimiento en Drive, prueba de embarazo incluida en el kit y articulación con líderes regionales y gestores PAEND.

Después de la entrega del kit, MÍA contempla un seguimiento de enfermería para acompañar la evolución del proceso. Este seguimiento se realiza aproximadamente entre 10 y 15 días después de facturado o dispensado el kit, considerando los tiempos de entrega y el momento en que la persona haya tomado los medicamentos.

Durante el seguimiento, el equipo confirma si la persona recibió el kit, si tomó los medicamentos y en qué fecha tomó el segundo medicamento, que marca un punto de referencia para programar el control posterior. También se indaga por signos de alarma, evolución del proceso y posibles necesidades de orientación adicional. Este contacto permite identificar oportunamente situaciones que requieren atención presencial o remisión a urgencias.

El control posterior se agenda 20 días después de la toma del segundo medicamento. Este tiempo busca evitar falsos positivos en la prueba de embarazo y permitir una valoración más adecuada del resultado del proceso. La prueba de embarazo incluida en el kit se utiliza como parte de esta etapa de control.

Si en el control el proceso se considera efectivo y no se identifican signos de alarma, se procede al cierre del caso. El cierre se registra en la matriz de seguimiento y en los sistemas correspondientes, de acuerdo con la operación vigente.

Si la prueba de embarazo resulta positiva, si se identifican signos de alarma o si el profesional determina que el proceso no fue efectivo, se activa la articulación con líderes regionales y gestores PAEND. Los gestores PAEND son referentes territoriales del Programa de Prevención y Atención del

Embarazo No Deseado de Profamilia, encargados de apoyar la coordinación de la ruta en las sedes y territorios, facilitar la continuidad de la atención presencial y hacer seguimiento a los casos que requieren articulación local. Esta coordinación permite que la persona usuaria sea contactada, orientada y vinculada a una atención presencial cuando el proceso virtual requiere complementarse o resolverse por otra vía.

El seguimiento y cierre de MÍA refuerzan uno de los principios centrales del modelo: la atención no termina con la teleconsulta ni con la entrega del kit. El proceso incorpora acompañamiento posterior, evaluación del resultado y rutas de derivación cuando son necesarias. Esto permite que la autogestión ocurra con respaldo institucional, trazabilidad y criterios de seguridad clínica.

## 6. Roles y capacidades del equipo

MÍA funciona como un modelo interdisciplinario que articula capacidades clínicas, administrativas, tecnológicas, logísticas y territoriales. Su operación no depende de un único equipo ni de una sola plataforma: requiere coordinación permanente entre áreas que intervienen en diferentes momentos de la ruta, desde el primer contacto hasta el seguimiento posterior y el cierre del caso.

Aunque MÍA ha avanzado como un modelo diferenciado dentro de Profamilia, actualmente no opera como una unidad de negocio completamente separada. La operación se distribuye entre distintas áreas institucionales: canales de atención, Clínica Piloto, equipo médico, facturación, logística, PAEND, tecnología y áreas de soporte. Esta configuración permite aprovechar capacidades existentes de la organización, aunque también exige altos niveles de coordinación para asegurar continuidad, trazabilidad y respuesta oportuna.

### Equipo de canales

El equipo de canales es la puerta de entrada al modelo. Atiende las solicitudes que llegan por WhatsApp y por la línea telefónica exclusiva, orienta a las personas usuarias, resuelve dudas iniciales, recoge información básica, identifica condiciones relevantes para definir la ruta y acompaña diferentes momentos del proceso. Su rol no se limita al primer contacto: también apoya el seguimiento durante el proceso, responde inquietudes sobre el kit, orienta frente a signos de alarma y facilita la conexión con otras áreas cuando se requiere.

Dado el alto volumen de solicitudes, este equipo cumple una función crítica para sostener la oportunidad de la atención. Muchas personas contactan varias veces al canal durante la ruta, ya sea para acceder al servicio, conocer el estado del envío, resolver dudas sobre la atención o recibir acompañamiento posterior. Por esta razón, los canales funcionan como un punto continuo de soporte y no únicamente como una mesa de información inicial.

### Auxiliares de enfermería especializadas y asesores

Las personas que atienden los canales son auxiliares de enfermería especializadas en el proceso. Esta decisión fortalece la capacidad del equipo para comprender la ruta, identificar señales relevantes, orientar adecuadamente y acompañar a la persona usuaria con sensibilidad. Además, el equipo ha recibido formación para brindar acompañamiento humanizado y primeros auxilios psicológicos, reconociendo que el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo puede estar atravesado por dudas, temor, estigma, urgencia o carga emocional.

Los asesores cumplen un papel clave en la definición de la ruta. A partir de la información inicial recogida por el bot o por conversación directa, orientan a la persona sobre las alternativas disponibles, identifican si puede continuar por teleconsulta o si requiere atención presencial, explican los pasos del proceso y gestionan el agendamiento cuando corresponde. Su trabajo combina conocimiento operativo, criterio de orientación, manejo sensible de la información y capacidad de articulación con otras áreas.

### Profesionales médicos de teleconsulta

Los profesionales médicos realizan la valoración clínica por teleconsulta. En el modelo actual, esta atención está centralizada en la Clínica Piloto de Bogotá, donde se concentra el equipo médico especializado que atiende la ruta virtual. Durante la consulta, el profesional revisa las condiciones clínicas de la persona, confirma si puede continuar con el proceso de aborto autogestionado por

telemedicina, brinda la orientación médica correspondiente, gestiona el consentimiento informado clínico y formula los medicamentos cuando corresponde.

El rol médico es determinante para mantener la seguridad clínica del modelo. Si durante la consulta se identifica una condición que impide continuar por la ruta virtual —por ejemplo, signos de alarma, condiciones clínicas específicas, antecedentes o necesidad de valoración presencial—, el profesional orienta la derivación correspondiente. Esto permite que la telemedicina opere dentro de criterios de seguridad y que la ruta presencial se active cuando sea necesaria.

## Psicología

El componente psicológico cumple una función de apoyo dentro del modelo. El paquete de atención contempla una consulta de psicología opcional, que no se exige como condición para continuar el proceso. Su disponibilidad reconoce que algunas personas pueden requerir un espacio adicional de acompañamiento emocional, orientación o contención durante la ruta.

Además, el enfoque psicosocial está presente en la labor del equipo de canales, que puede brindar primeros auxilios psicológicos y acompañamiento sensible cuando la persona lo requiere. Esta capacidad es especialmente importante en un servicio donde la confidencialidad, la autonomía, la ausencia de juicio y la claridad de la información son condiciones centrales para una buena experiencia de atención.

## Área administrativa de la Clínica Piloto

La Clínica Piloto de Bogotá cumple un rol central en la operación de MÍA. Desde esta sede se concentra la atención médica de teleconsulta y se centraliza el despacho del kit. El área administrativa de Piloto funciona como enlace operativo entre el agendamiento, la facturación, la formulación médica, la preparación del kit y la activación del proceso logístico.

Esta centralización ha sido una decisión operativa relevante porque permite mayor control sobre el proceso, especialmente en una ruta que requiere coordinación estrecha y tiempos definidos. Concentrar el despacho en una sede reduce la dispersión de responsabilidades y facilita la comunicación entre canales, administración, logística y equipos clínicos.

## Facturación

El área de facturación interviene en los momentos de pago y confirmación económica del proceso. En el caso de personas particulares, genera y envía los enlaces de pago, valida la recepción del pago, emite la factura y da vía libre al equipo de canales para continuar con el agendamiento o con el proceso de envío del kit.

Su rol es especialmente importante porque los pagos se realizan en más de una fase: primero para la consulta, cuando aplica, y luego para el kit después de la formulación médica. La oportunidad en la generación y validación de estos pagos incide directamente en los tiempos de atención, agendamiento y entrega.

## Logística

El equipo de logística coordina el despacho del kit MÍA una vez se confirma el pago y se emite la factura correspondiente. Trabaja articuladamente con la Clínica Piloto, el área administrativa, facturación, el equipo de canales y el operador logístico externo encargado de la entrega.

La logística es un componente crítico del modelo, porque de ella depende que la persona reciba oportunamente los medicamentos e insumos necesarios para el proceso. Además del despacho regular, el equipo debe responder a contingencias como errores de dirección, devoluciones, demoras, intentos fallidos de entrega o necesidad de articular apoyo con una sede regional. En

estos casos, la respuesta logística debe ser rápida para evitar que la persona pierda oportunidad en la atención.

## Líderes regionales PAEND y gestores regionales

Los líderes regionales PAEND y los gestores regionales son referentes territoriales del Programa de Prevención y Atención del Embarazo No Deseado de Profamilia. Su función es apoyar la articulación local cuando una persona requiere atención presencial, seguimiento territorial o resolución de una contingencia que no puede manejarse únicamente desde el canal virtual.

Estos roles son especialmente relevantes cuando el proceso virtual requiere complementarse con una ruta presencial: por ejemplo, ante signos de alarma, resultado positivo en el control, necesidad de valoración clínica, entrega excepcional de un kit desde una sede o garantía de continuidad en el territorio. Su participación permite que MÍA funcione como una ruta nacional con capacidad de respuesta local.

## Tecnología

El área de tecnología ha sido clave en la evolución del modelo. MÍA ha requerido herramientas para agendamiento, teleconsulta, historia clínica, facturación, canales de contacto y trazabilidad. En su evolución, Profamilia pasó de herramientas iniciales e integraciones parciales hacia el uso de SIESA como plataforma institucional más integral para agendamiento, teleconsulta, facturación e historia clínica electrónica.

Tecnología también cumple un rol de soporte frente a integraciones, funcionamiento de plataformas, enlaces de conexión, interoperabilidad entre herramientas y resolución de incidentes. Las dificultades actuales de integración del sitio web con SIESA muestran que el componente tecnológico no es accesorio: condiciona la experiencia de la persona usuaria, la eficiencia del agendamiento y la continuidad de la teleconsulta.

## Mejora continua y eficiencia organizacional

El área de mejora continua y eficiencia organizacional participó en la estructuración inicial de la ruta, apoyando la definición del paso a paso del proceso y su formalización operativa. Este rol es importante porque MÍA no nació como un modelo terminado, sino como una ruta que se fue ajustando a partir de la experiencia, los aprendizajes y las necesidades identificadas durante la operación.

La mejora continua también se refleja en la revisión de casos, el análisis de caídas, la identificación de puntos críticos y la adaptación de la operación. En ausencia de un CRM integral, parte del control se realiza mediante matrices manuales, revisión de hilos de correo y seguimiento caso a caso, lo que ha permitido sostener la operación mientras se identifican oportunidades de automatización, integración y fortalecimiento tecnológico.

### Conclusión de sección

En conjunto, estos roles muestran que MÍA es mucho más que una teleconsulta. Es una operación interdisciplinaria que combina acompañamiento humano, capacidad clínica, soporte administrativo, coordinación logística, presencia territorial y evolución tecnológica. Su funcionamiento depende de que cada área comprenda su papel dentro de la ruta y de que existan mecanismos de comunicación suficientes para que la persona usuaria no perciba fragmentación, sino continuidad en la atención.



## 7. Arquitectura operativa y tecnológica

La operación de MÍA se sostiene sobre una arquitectura híbrida que combina herramientas digitales, canales de atención humana, plataformas clínicas y administrativas, mecanismos manuales de seguimiento y un componente logístico externo. Esta arquitectura ha evolucionado a lo largo del tiempo, buscando integrar de manera progresiva los distintos momentos de la ruta: contacto inicial, orientación, agendamiento, pago, teleconsulta, historia clínica, entrega del kit, seguimiento y cierre.

Más que una única plataforma tecnológica, MÍA funciona como un ecosistema de herramientas articuladas por equipos humanos. Esta configuración ha permitido sostener la atención a escala nacional, aunque también evidencia oportunidades de mejora en integración, automatización y trazabilidad de casos.

### 7.1 Canales digitales y de contacto

El primer nivel de la arquitectura está compuesto por los canales de entrada y acompañamiento. MÍA cuenta con WhatsApp, una línea telefónica exclusiva y el sitio web como principales puntos de contacto con las personas usuarias. Estos canales permiten entregar información, resolver dudas, caracterizar la solicitud, orientar la ruta y acompañar diferentes momentos del proceso.

WhatsApp es el canal de mayor uso. Su operación inicia con un bot básico que recoge información inicial como ciudad, edad, semanas gestacionales, prueba de embarazo e identificación cuando la persona la comparte. Esta automatización permite que la asesora reciba un resumen preliminar y pueda orientar con mayor rapidez la ruta. Sin embargo, el componente automatizado es todavía limitado: la mayor parte del acompañamiento, resolución de dudas y gestión del caso recae en el equipo humano de canales.

La línea telefónica exclusiva funciona como canal complementario. Es atendida por el mismo equipo que gestiona WhatsApp, alternando la atención entre llamadas y mensajes. Esto permite ofrecer una opción adicional para personas que prefieren o requieren comunicación por voz.

El sitio web de MÍA fue concebido como un canal informativo y de autoagendamiento. En su diseño, la persona usuaria podía acceder a información general, registrarse y avanzar hacia el agendamiento de la cita. No obstante, actualmente el sitio se orienta principalmente hacia WhatsApp debido a dificultades de integración con SIESA, especialmente en la generación del enlace de conexión para la teleconsulta. Esta brecha tecnológica ha llevado a priorizar el acompañamiento asistido para evitar fallas en la conexión entre persona usuaria y profesional de salud.

### 7.2 Emilia como herramienta de autogestión y acceso presencial

Emilia opera como una herramienta digital utilizada por Profamilia para facilitar procesos de autogestión o agendamiento, especialmente cuando la persona opta por una ruta presencial o cuando se busca que pueda avanzar de manera autónoma en ciertos momentos de acceso. En el flujo de MÍA, Emilia puede funcionar como alternativa para orientar a la persona hacia autogestión o hacia servicios presenciales, según sus necesidades y condiciones.

Su uso permite descongestionar parcialmente los canales asistidos y ofrecer a algunas personas una vía más directa para avanzar en el proceso. Sin embargo, por la sensibilidad del servicio y por las dudas frecuentes que surgen durante la ruta, muchas personas continúan prefiriendo el acompañamiento de una persona asesora.

### 7.3 SIESA como plataforma central de operación clínica y administrativa

SIESA es la plataforma institucional que actualmente concentra varios componentes críticos del modelo: agendamiento, facturación, teleconsulta e historia clínica electrónica. En el flujo de MÍA, SIESA permite crear o identificar a la persona usuaria, registrar datos básicos, consultar disponibilidad de agenda, asignar citas, habilitar la conexión a la teleconsulta, registrar la atención médica y gestionar información asociada a facturación.

La incorporación de SIESA representa un avance frente a etapas previas del modelo, en las que Profamilia utilizaba herramientas separadas para el agendamiento y la teleconsulta. La evolución hacia una plataforma más integrada ha permitido reducir duplicidades, mejorar la eficiencia operativa y concentrar información clínica y administrativa en un mismo sistema.

En la teleconsulta, la persona usuaria recibe por correo electrónico un enlace de conexión generado desde la plataforma. El día de la cita ingresa al enlace, activa audio y video, y se conecta con el profesional médico. La atención queda registrada en la historia clínica electrónica, cuyo acceso está restringido a personal autorizado. Esta restricción es fundamental para proteger la confidencialidad de la información clínica.

#### 7.4 Correo electrónico y Drive como mecanismos de trazabilidad operativa

Además de las plataformas clínicas y de contacto, MÍA depende de herramientas de coordinación operativa. El correo electrónico cumple un papel importante para mantener la traza de solicitudes, pagos, confirmaciones, facturación, formulación del kit y activación logística. Los hilos de correo permiten coordinar entre canales, facturación, Clínica Piloto, logística y otras áreas involucradas.

Junto con el correo, el equipo utiliza una matriz de seguimiento en Drive para registrar el estado de cada caso y documentar el avance de la ruta. En esta matriz se consignan hitos como envío del enlace de pago, confirmación de pago, agendamiento, generación de guía, despacho, seguimiento y cierre. Esta herramienta funciona como un mecanismo manual de control operativo y permite identificar en qué punto se encuentra cada persona usuaria.

Aunque estos mecanismos han permitido sostener la operación, también generan una dependencia importante de procesos manuales. La actualización de matrices, revisión de correos y seguimiento caso a caso exige alta coordinación humana y aumenta el riesgo de errores, especialmente en datos sensibles como direcciones, teléfonos, estado del pago o estado del envío.

#### 7.5 Servientrega y componente logístico

La arquitectura de MÍA incluye un componente logístico externo para la entrega del kit. El operador utilizado es Servientrega, empresa de mensajería y transporte encargada de llevar el kit al lugar indicado por la persona usuaria.

El despacho está centralizado en la Clínica Piloto de Bogotá, desde donde se coordina la preparación y salida del kit una vez se confirma el pago y se genera la factura correspondiente. La logística se articula con el área administrativa de Piloto, facturación, canales y el operador externo. Esta coordinación es esencial para asegurar que el kit llegue dentro de los tiempos requeridos para que la persona pueda utilizarlo de forma oportuna.

El componente logístico introduce variables que deben ser gestionadas cuidadosamente: exactitud de la dirección, disponibilidad de la persona para recibir el paquete, tiempos de entrega, intentos fallidos, devoluciones y dificultades de movilidad o acceso en ciertos territorios. Cuando se presentan contingencias, el equipo activa seguimiento individualizado y, si es necesario, articula con sedes regionales para facilitar la entrega o resolver el caso.

#### 7.6 Seguridad, confidencialidad y protección de datos

MÍA opera bajo criterios de seguridad, confidencialidad y protección de datos. La presentación institucional del modelo señala el uso de plataformas seguras con cifrado y acceso controlado, historia clínica electrónica protegida y visible solo para personal autorizado, consentimiento informado para el uso de datos, consultas realizadas en espacios privados y cumplimiento de la normativa colombiana de protección de datos, incluida la Ley 1581 de 2012 y la Resolución 2654 de 2019.

El consentimiento se gestiona en dos momentos. Cuando se solicitan datos personales, se pide autorización para el tratamiento de la información. Posteriormente, durante la consulta médica, se firma el consentimiento informado clínico correspondiente al proceso.

Estos elementos son especialmente relevantes por la sensibilidad del servicio. La confidencialidad, la seguridad de la información y el acceso restringido a la historia clínica son condiciones indispensables para sostener la confianza de las personas usuarias y garantizar una atención respetuosa de sus derechos.

### 7.7 Brecha actual: ausencia de un sistema integral de gestión de casos

Una de las principales brechas actuales de la arquitectura operativa es la ausencia de un CRM o sistema integral de gestión de casos. Un CRM, en este contexto, sería una herramienta que permitiría visualizar en tiempo real el estado de cada persona usuaria, integrar interacciones por canales, registrar hitos del proceso, generar alertas, reducir reprocesos y mejorar la trazabilidad entre áreas.

Actualmente, parte importante del seguimiento depende de hilos de correo, registros manuales en Drive y revisión caso a caso. Esta operación manual ha permitido sostener el modelo, pero también incrementa la carga operativa y el riesgo de errores humanos. Un dato mal registrado, una dirección incompleta, una actualización omitida o una comunicación tardía pueden generar retrasos en el agendamiento, en la entrega del kit o en el seguimiento posterior.

La ausencia de un sistema integral también dificulta identificar de manera automática las caídas del proceso, como personas que no realizaron el pago, links vencidos, citas no asistidas, kits no entregados o controles pendientes. Hoy estas situaciones se identifican mediante depuración manual, revisión de matrices y seguimiento por parte del equipo.

Esta brecha no disminuye el valor del modelo, pero sí evidencia una oportunidad clara de fortalecimiento. A medida que MÍA crece y aumenta su volumen de atención, la integración tecnológica y la gestión automatizada de casos se vuelven fundamentales para mejorar oportunidad, trazabilidad, seguridad operativa y experiencia usuaria.

#### ⚠ Brecha identificada: ausencia de CRM

Un dato mal registrado, una dirección incompleta o una actualización omitida pueden generar retrasos en el agendamiento, la entrega del kit o el seguimiento posterior. La implementación de un sistema integral de gestión de casos (CRM) es la principal oportunidad de fortalecimiento tecnológico del modelo.

### 7.8 Síntesis de la arquitectura

Componente	Función principal en el modelo
WhatsApp y bot inicial	Entrada, caracterización básica y acompañamiento
Línea telefónica	Canal alternativo de orientación y soporte

<b>Sitio web MÍA</b>	Información y ruta hacia autoagendamiento, actualmente redirigida a WhatsApp
<b>Emilia</b>	Autogestión o apoyo para agendamiento presencial
<b>SIESA</b>	Agendamiento, facturación, teleconsulta e historia clínica
<b>Correo electrónico</b>	Trazabilidad operativa entre áreas
<b>Drive</b>	Matriz manual de seguimiento de casos
<b>Servientrega</b>	Entrega logística del kit
<b>Historia clínica electrónica</b>	Registro clínico protegido
<b>Consentimientos</b>	Autorización de datos y consentimiento informado clínico

La arquitectura actual ha permitido operar MÍA como un modelo nacional de telemedicina con acompañamiento humano y capacidad logística. Su principal fortaleza está en la articulación entre tecnología, equipos especializados y coordinación institucional. Su principal oportunidad de mejora está en avanzar hacia una gestión más integrada de casos, con menor dependencia de herramientas manuales y mayor capacidad de automatización, seguimiento y alertas tempranas.

## 8. Gestión de calidad, seguridad y protección de datos

La gestión de calidad, seguridad y protección de datos es un componente transversal del modelo MÍA. Por la naturaleza sensible del servicio, la operación requiere garantizar confidencialidad, trazabilidad, acceso controlado a la información clínica, consentimiento informado y mecanismos de seguimiento que permitan verificar la continuidad y calidad de la atención.

### 8.1 Protección de la historia clínica y acceso restringido

La atención médica realizada por teleconsulta queda registrada en la historia clínica electrónica de SIESA, la plataforma institucional que soporta la consulta, el agendamiento, la facturación y el registro clínico. Esta historia clínica está protegida y su acceso se limita al personal autorizado, de manera que no todas las personas que participan en la operación pueden consultar información clínica sensible.

Este esquema de acceso restringido permite diferenciar entre la información necesaria para la gestión operativa del caso y la información clínica que debe permanecer bajo custodia del equipo asistencial. Esta separación es fundamental para mantener la confidencialidad, proteger la privacidad de la persona usuaria y asegurar que la información médica sea tratada únicamente por quienes tienen competencia para ello.

### 8.2 Consentimiento para datos personales y consentimiento informado clínico

MÍA contempla dos momentos diferenciados de consentimiento. El primero ocurre cuando se solicitan datos personales, como número de identificación u otra información necesaria para avanzar en el proceso. En ese momento se gestiona la autorización para el tratamiento de datos personales.

El segundo momento ocurre durante la consulta médica. En esta etapa se firma el consentimiento informado clínico correspondiente al proceso de atención. Esta diferenciación permite separar la autorización asociada al manejo de información personal de la aceptación informada del procedimiento o ruta clínica.

La presentación institucional de MÍA también establece que el modelo opera con consentimiento informado para el uso de datos, historia clínica protegida y cumplimiento de las normas colombianas de protección de datos, incluyendo la Ley 1581 de 2012 y la Resolución 2654 de 2019.

### 8.3 Seguridad y confidencialidad en la teleconsulta

La teleconsulta se realiza mediante plataformas seguras, con cifrado y acceso controlado. Las consultas deben desarrollarse en espacios privados, protegiendo tanto la confidencialidad de la persona usuaria como la calidad de la interacción clínica.

La persona usuaria accede a la consulta a través de un enlace enviado por correo electrónico, activa audio y video, y se conecta con el profesional de salud. La información derivada de esta atención se registra en la historia clínica electrónica. Este flujo permite combinar atención remota con trazabilidad clínica, manteniendo criterios de seguridad y confidencialidad.

### 8.4 Trazabilidad de la atención

La trazabilidad es uno de los elementos más importantes para la calidad operativa de MÍA. El modelo requiere hacer seguimiento a múltiples hitos del proceso: primer contacto, caracterización,

agendamiento, envío y confirmación de enlaces de pago, facturación, teleconsulta, formulación, pago del kit, despacho, entrega, seguimiento de enfermería, control posterior y cierre del caso.

Actualmente, esta trazabilidad se apoya en SIESA para los componentes clínicos y administrativos principales, y se complementa con correos electrónicos y una matriz manual en Drive para el seguimiento operativo entre áreas. En esta matriz se registra el avance de cada caso y se identifica si hay pendientes, retrasos o contingencias.

Aunque este esquema permite mantener control sobre la ruta, también exige una coordinación permanente entre equipos. La dependencia de registros manuales implica riesgos operativos, como errores en direcciones, omisiones de actualización o demoras en la identificación de casos pendientes. Por esta razón, la trazabilidad se reconoce como una fortaleza operativa necesaria, pero también como un área susceptible de mejora mediante mayor integración tecnológica.

## 8.5 Seguimiento de casos y control operativo

El seguimiento de casos cumple una doble función: acompañar a la persona usuaria y monitorear la calidad del proceso. Después de la entrega del kit, se realiza seguimiento de enfermería entre 10 y 15 días después de facturado o dispensado el kit, para confirmar la recepción, la toma de medicamentos, la fecha de toma del segundo medicamento y la presencia o ausencia de signos de alarma. Posteriormente, se agenda el control 20 días después de la toma del segundo medicamento.

Además del seguimiento individual, la operación contempla espacios de revisión periódica. En los casos de contingencias logísticas o apoyos entre sedes, se realizan reuniones de seguimiento semanales para revisar caso por caso, verificar préstamos de kits entre sedes, coordinar reposiciones y asegurar la continuidad del proceso.

Estos mecanismos permiten identificar oportunamente desviaciones, resolver problemas de entrega, activar rutas presenciales cuando corresponde y evitar que la persona usuaria quede sin respuesta ante una dificultad clínica, administrativa o logística.

## 8.6 Medición de satisfacción y experiencia usuaria

MÍA incorpora mecanismos de medición de satisfacción asociados a los canales de atención y a la atención recibida. En el proceso de agendamiento se envía un formulario para evaluar la experiencia con los canales, y existe otra medición relacionada con la consulta o atención clínica.

Estas encuestas permiten recoger información sobre la experiencia de las personas usuarias, identificar oportunidades de mejora y monitorear la calidad percibida del servicio. La presentación institucional reporta una satisfacción global del 90% por parte de las usuarias, lo que refleja la valoración positiva del modelo y de la atención recibida.

## 8.7 Mejora continua y gestión de riesgos

La gestión de calidad en MÍA se apoya en la identificación de puntos críticos del flujo. Entre los riesgos operativos más relevantes se encuentran los enlaces de pago vencidos, la no asistencia a la teleconsulta, la falta de ecografía cuando se requiere, la no continuidad después de una derivación presencial, errores en datos de contacto o dirección, demoras en la entrega del kit y dificultades para confirmar el cierre del caso.

La revisión de estos puntos permite ajustar la ruta, fortalecer la comunicación entre áreas y mejorar los mecanismos de acompañamiento. La documentación rigurosa del proceso ha sido un elemento clave para fortalecer la mejora continua y posicionar a MÍA como una referencia nacional en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

En conjunto, la gestión de calidad, seguridad y protección de datos en MÍA combina controles clínicos, administrativos, tecnológicos y humanos. Su propósito es garantizar que la atención remota mantenga estándares de seguridad equivalentes a los de una atención presencial, proteja la privacidad de las personas usuarias y asegure continuidad antes, durante y después del proceso.

## 9. Evolución del modelo: del aprendizaje inicial al modelo actual

MÍA no nació como un modelo completamente definido desde el inicio. Su evolución ha sido el resultado de un proceso progresivo de aprendizaje institucional, adaptación tecnológica, ajuste operativo y fortalecimiento del equipo humano. La ruta actual es producto de distintas iteraciones que permitieron pasar de una respuesta inicial basada en orientación remota a un modelo de telemedicina más estructurado, con teleconsulta, historia clínica electrónica, facturación, logística, seguimiento y articulación territorial.

### ● 9.1 Primer momento: teleorientación como respuesta inicial

El punto de partida del modelo fue la necesidad de mantener el acceso a servicios de SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA en un contexto en el que la atención presencial se volvió más difícil, especialmente durante la pandemia por COVID-19. En ese primer momento, Profamilia comenzó a utilizar esquemas de teleorientación para brindar información, resolver dudas y acompañar a las personas que requerían acceder a servicios de interrupción voluntaria del embarazo. La teleorientación permitió abrir un canal remoto de contacto y acompañamiento, pero también mostró que la necesidad de las personas usuarias iba más allá de recibir información. Muchas requerían una ruta completa que les permitiera acceder a valoración médica, formulación, entrega de medicamentos y seguimiento posterior. Este aprendizaje fue clave para avanzar hacia una modalidad más robusta de atención.

### ● 9.2 Transición hacia la teleconsulta

Con el avance del modelo, Profamilia empezó a incorporar la teleconsulta como parte de la ruta. Este cambio implicó pasar de una interacción principalmente orientadora a una atención clínica remota, realizada por profesionales de salud, con registro en historia clínica, consentimiento informado y capacidad de formular medicamentos cuando la persona cumplía los criterios definidos para el proceso virtual. La transición exigió nuevos aprendizajes organizacionales: fue necesario apropiarse de conceptos, procesos y requisitos propios de la telemedicina, incluyendo la gestión de plataformas certificadas, la conexión remota entre profesional y persona usuaria, la protección de información clínica y la organización de una ruta que mantuviera estándares de calidad y seguridad.

### ● 9.3 Primeras herramientas internas: ADA y sus limitaciones

En las primeras etapas, Profamilia utilizaba un sistema interno de agendamiento llamado ADA. Al ser una herramienta desarrollada internamente, ADA permitía gestionar procesos propios de la operación presencial, pero no contaba con un módulo de teleconsulta. Esta limitación hizo evidente que el desarrollo de MÍA requería capacidades tecnológicas adicionales: el modelo necesitaba una herramienta que permitiera conectar a la persona usuaria con el profesional de salud, soportar la atención virtual, registrar información clínica y gestionar documentos asociados al proceso.

### ● 9.4 Incorporación de SaludTools

Para responder a esa necesidad, Profamilia estableció una alianza con SaludTools, un proveedor que contaba con un módulo de teleconsulta y funcionalidades asociadas a la atención virtual. En un primer momento, SaludTools operaba como un sistema independiente, lo que implicaba doble registro en ADA y SaludTools, generando mayor carga operativa. Posteriormente, el área de tecnología avanzó en una integración entre ambas plataformas. Aunque representó una mejora, el modelo todavía dependía de herramientas separadas, mostrando la importancia de avanzar hacia una arquitectura más integrada.

### ● 9.5 Transición hacia SIESA como plataforma integral

La evolución tecnológica del modelo avanzó con la adopción de SIESA, plataforma que integró varios componentes clave: agendamiento, facturación, teleconsulta e historia clínica electrónica. Esta transición permitió reducir la dependencia de sistemas separados y avanzar hacia una gestión más centralizada de la ruta. La historia clínica quedó integrada al proceso institucional y protegida mediante accesos restringidos, fortaleciendo la seguridad de la información y la trazabilidad clínica del modelo.

### ● 9.6 Centralización operativa y clínica

A medida que el modelo se consolidó, también se fortaleció la centralización de ciertos componentes operativos. La teleconsulta médica y el despacho de kits se concentraron en la Clínica Piloto de Bogotá. Esta decisión permitió coordinar mejor la agenda, la atención médica, la facturación, la preparación del kit, la logística y el seguimiento administrativo. La centralización ha sido especialmente relevante para controlar una operación que requiere tiempos precisos. Al mismo tiempo, cuando una persona requiere atención presencial, apoyo local o resolución de una contingencia, el modelo se articula con sedes, líderes regionales y gestores PAEND. Esta combinación entre centralización operativa y capacidad de respuesta territorial ha sido uno de los aprendizajes importantes del modelo.

### ● 9.7 Evolución del equipo de canales

La evolución de MÍA no fue solo tecnológica. También implicó un fortalecimiento progresivo del equipo de canales. Al inicio, la operación se apoyaba en un equipo reducido que brindaba asesoría a través de canales básicos, incluyendo WhatsApp Business. Con el crecimiento de la demanda, el equipo se amplió y se especializó: pasó a estar compuesto principalmente por auxiliares de enfermería especializadas en el proceso, con formación en acompañamiento sensible y primeros auxilios psicológicos. Además, se avanzó hacia una disponibilidad 24/7, reconociendo que las necesidades no siempre ocurren dentro de horarios tradicionales.

### ● 9.8 Aprendizaje continuo y ajustes desde la práctica

La ruta actual de MÍA se construyó a partir de la práctica. Profamilia inició con un bosquejo operativo y fue ajustando el modelo según los casos reales, las barreras identificadas, los puntos de caída y las necesidades de las personas usuarias. La evolución de MÍA muestra que los modelos de telemedicina no se consolidan únicamente mediante la adopción de tecnología: requieren rediseño de procesos, capacidades humanas, articulación entre áreas, gestión del cambio y disposición institucional para ajustar la ruta conforme aparecen nuevos aprendizajes.

## 10. Resultados alcanzados

MÍA ha permitido consolidar un modelo de telemedicina orientado a ampliar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo segura, oportuna y acompañada en Colombia. Sus resultados muestran el potencial de combinar atención médica virtual, canales de orientación, logística de entrega de medicamentos, seguimiento remoto y articulación territorial para reducir barreras históricas de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.



### 10.1 Ampliación del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo segura mediante telemedicina

Entre 2021 y 2025, 12.755 personas accedieron a servicios de interrupción voluntaria del embarazo segura y oportuna mediante telemedicina a través de MÍA. Este resultado evidencia la capacidad del modelo para operar a escala y responder a una necesidad concreta de acceso, especialmente en contextos donde la atención presencial puede estar limitada por distancia, disponibilidad de servicios, costos de desplazamiento, estigma o barreras sociales.

El rango de edad más frecuente de las personas usuarias se ubica entre los 18 y 28 años, lo que permite identificar un grupo poblacional especialmente relevante para las estrategias de información, acompañamiento, educación digital y acceso a servicios de SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

### 10.2 Llegada a territorios históricamente desatendidos

Uno de los resultados más relevantes de MÍA ha sido su capacidad para llegar a territorios donde el acceso presencial a servicios de SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ha sido históricamente más difícil. El modelo ha permitido atender personas ubicadas en lugares como San Andrés, Maicao y Necoclí, territorios que enfrentan barreras geográficas, logísticas o de disponibilidad de servicios.

Esta llegada territorial demuestra que la telemedicina, cuando se combina con canales de orientación y una operación logística estructurada, puede convertirse en una herramienta efectiva para acercar servicios esenciales a personas que de otro modo tendrían que desplazarse largas distancias o enfrentar mayores costos y demoras para acceder a una atención segura.

### 10.3 Reducción de barreras geográficas, económicas y sociales

MÍA ha contribuido a reducir barreras geográficas, económicas y sociales para el acceso al servicio en estudio. La posibilidad de realizar una consulta médica virtual, recibir orientación por canales remotos y acceder al kit mediante envío logístico disminuye la dependencia de la presencialidad como única vía de atención.

Este resultado es especialmente importante en un país con alta diversidad territorial, zonas rurales dispersas y diferencias significativas en la disponibilidad de servicios. Al acercar la atención al lugar

donde se encuentra la persona usuaria, el modelo reduce costos de desplazamiento, tiempos de espera y exposición a entornos donde el estigma puede ser una barrera para buscar atención.

#### 10.4 Alta satisfacción de las personas usuarias

La presentación institucional de MÍA reporta una satisfacción global del 90% por parte de las personas usuarias. Este resultado refleja una valoración positiva de la experiencia de atención y del acompañamiento recibido durante la ruta.

La satisfacción no depende únicamente de la teleconsulta médica. También está asociada a la claridad de la información, la disponibilidad de canales de atención, el acompañamiento sensible, la orientación durante el proceso, la oportunidad en la entrega del kit y la posibilidad de contar con seguimiento posterior. En ese sentido, el resultado de satisfacción evidencia la importancia de diseñar la experiencia completa de atención, no solo el momento clínico.

#### 10.5 Fortalecimiento de la capacidad institucional

Además de los resultados directos en acceso, MÍA ha fortalecido capacidades internas de Profamilia. El modelo impulsó aprendizajes en telemedicina, integración tecnológica, atención por canales digitales, acompañamiento remoto, logística de medicamentos, seguimiento de casos y articulación territorial. La evolución desde herramientas iniciales hacia una plataforma más integral, junto con la ampliación del equipo de canales y la centralización operativa en la Clínica Piloto, muestra una transformación institucional que va más allá de un servicio específico.

La operación también permitió identificar necesidades locales en derechos sexuales y reproductivos, así como barreras específicas asociadas al uso de servicios virtuales en salud. Estos aprendizajes han contribuido a fortalecer la mejora continua del modelo y a posicionar a MÍA como un referente nacional en salud sexual y reproductiva.

#### 10.6 Resultados clave del modelo

Resultado	Alcance
<b>Personas atendidas mediante telemedicina</b>	12.755 personas accedieron al servicio de interrupción voluntaria del embarazo de manera segura y oportuna entre 2021 y 2025
<b>Grupo etario más frecuente</b>	Personas entre 18 y 28 años
<b>Alcance territorial</b>	Llegada a territorios históricamente desatendidos como San Andrés, Maicao y Necoclí
<b>Satisfacción usuaria</b>	90% de satisfacción global reportada
<b>Barreras abordadas</b>	Reducción de barreras geográficas, económicas y sociales para el acceso al servicio
<b>Capacidad institucional fortalecida</b>	Telemedicina, canales digitales, logística, seguimiento y articulación territorial

En conjunto, estos resultados muestran que MÍA no solo ha ampliado el acceso al aborto seguro mediante telemedicina, sino que también ha generado capacidades organizacionales replicables para otros servicios de salud sexual y reproductiva. El modelo evidencia que la atención virtual

puede ser segura, aceptada y efectiva cuando se acompaña de criterios clínicos claros, canales humanos de orientación, herramientas tecnológicas, logística confiable y seguimiento posterior.

## 11. Barreras enfrentadas y estrategias de superación

La implementación de MÍA permitió ampliar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo segura mediante telemedicina, pero también hizo visibles barreras operativas, tecnológicas, logísticas, sociales y territoriales que debían gestionarse para asegurar la continuidad de la atención. La experiencia muestra que un modelo de telemedicina no depende únicamente de habilitar una consulta virtual: requiere anticipar puntos críticos, diseñar rutas de contingencia y mantener una coordinación permanente entre equipos.

### 11.1 Falta de información y manejo tecnológico

Una de las primeras barreras identificadas fue la falta de información clara sobre el acceso al servicio y el uso de herramientas digitales. Para muchas personas, la teleconsulta en salud sexual y reproductiva no era una modalidad familiar, especialmente tratándose de un servicio sensible como la interrupción voluntaria del embarazo. La virtualidad podía generar dudas sobre seguridad, confidencialidad, efectividad del proceso y forma de uso de los medicamentos.

Frente a esta barrera, MÍA fortaleció los canales de atención como espacios de orientación y acompañamiento. WhatsApp, la línea telefónica y la información disponible en el sitio web permiten resolver dudas, explicar la ruta, orientar sobre el proceso y acompañar a la persona usuaria antes, durante y después de la atención. La presentación institucional del modelo identifica el acompañamiento por canales y la educación en territorio como estrategias centrales para superar la falta de información y las dificultades de manejo tecnológico.

### 11.2 Desconfianza en la virtualidad

El paso de la atención presencial a la telemedicina implicó enfrentar dudas sobre la legitimidad y seguridad de la atención virtual. Algunas personas podían preguntarse si era seguro realizar el proceso desde casa, cómo se garantizaba el acompañamiento médico o qué ocurría si necesitaban apoyo durante la autogestión.

La estrategia de superación ha sido combinar educación digital, comunicación segura y acompañamiento humano. El modelo no se presenta como una atención virtual sin soporte, sino como una ruta con consulta médica, formulación, entrega del kit, seguimiento de enfermería, control posterior y posibilidad de derivación presencial cuando se requiere. Esta estructura permite generar confianza y sostener la seguridad clínica del proceso.

### 11.3 Limitaciones geográficas y territoriales

Colombia tiene condiciones geográficas que dificultan la prestación presencial de servicios de salud sexual y reproductiva en algunas zonas. La distancia a las clínicas, los costos de desplazamiento, la falta de infraestructura local y las limitaciones de conectividad pueden impedir que una persona acceda oportunamente a una atención segura.

MÍA responde a esta barrera mediante la teleconsulta y la entrega del kit a través de un operador logístico. La alianza con Servientrega permite enviar el kit al lugar indicado por la persona usuaria, reduciendo la necesidad de desplazamiento. Adicionalmente, cuando se presentan contingencias en la entrega, el modelo puede articularse con sedes regionales para facilitar una solución local.

### 11.4 Barreras logísticas en la entrega del kit

La entrega del kit es uno de los momentos críticos de la ruta. Pueden presentarse errores de dirección, ausencia de la persona en el punto de entrega, llamadas no contestadas, dificultades de

movilidad, demoras del operador logístico o devoluciones del paquete. Estas situaciones pueden afectar la oportunidad del proceso, especialmente porque el modelo virtual opera dentro de un límite gestacional definido.

Para enfrentar estas contingencias, MÍA utiliza seguimiento individualizado, coordinación permanente con logística y articulación con sedes regionales cuando es necesario. Si un kit es devuelto o no logra entregarse oportunamente, puede gestionarse el apoyo de una sede cercana para entregar un kit disponible en préstamo y luego hacer la reposición interna correspondiente. Esta estrategia evita trasladar la carga operativa a la persona usuaria y protege la continuidad del proceso.

### 11.5 Alta demanda en canales de atención

WhatsApp es el canal más utilizado por las personas usuarias y concentra un alto volumen de solicitudes. Las personas no solo escriben para iniciar el proceso, sino también para resolver dudas, consultar el estado del kit, recibir acompañamiento durante la ruta, reportar signos de alarma o buscar apoyo posterior. Esto genera una demanda sostenida sobre el equipo de canales.

La respuesta ha sido fortalecer el equipo humano y avanzar en automatizaciones básicas, como el bot inicial de WhatsApp. Sin embargo, la experiencia muestra que la automatización debe ser cuidadosamente diseñada: puede apoyar en información repetitiva o caracterización inicial, pero no debe reemplazar el acompañamiento sensible en momentos de mayor complejidad emocional o clínica. El modelo reconoce la necesidad de ampliar capacidades tecnológicas, incluyendo posibles soluciones de inteligencia artificial, sin perder el enfoque humanizado.

### 11.6 Caídas durante el proceso

MÍA ha identificado caídas en diferentes momentos de la ruta. Algunas personas no completan el pago, dejan vencer el enlace de pago, no asisten a la teleconsulta, requieren pensar la decisión, reportan condiciones no informadas inicialmente o necesitan una ecografía adicional para continuar por teleconsulta. También pueden presentarse casos en los que, durante la valoración médica, se identifica que la ruta virtual no es adecuada y se requiere derivación presencial.

La estrategia de gestión se basa en seguimiento caso a caso, recontacto y orientación hacia rutas alternativas cuando corresponde. En particular, el enfoque de no abandono permite que una persona que no continúa por teleconsulta no quede sin orientación: se le indica cómo acceder a una atención presencial y, cuando es posible, se facilita el agendamiento o la articulación con sedes y equipos territoriales.

### 11.7 Procesos manuales y ausencia de CRM

Una de las brechas operativas más relevantes es la ausencia de un CRM o sistema integral de gestión de casos. Actualmente, parte del seguimiento se realiza mediante hilos de correo, registros manuales en Drive y revisión individual de casos. Esta operación ha permitido sostener el modelo, pero aumenta la carga administrativa y el riesgo de errores humanos.

Los riesgos asociados incluyen errores en direcciones, omisiones en la actualización del estado del caso, dificultad para visualizar en tiempo real el avance de cada persona, demoras en la identificación de enlaces vencidos o pagos pendientes, y mayor dependencia de la coordinación manual entre áreas. La estrategia actual ha sido mantener matrices de seguimiento, depuraciones periódicas, reuniones de revisión y comunicación estrecha entre canales, facturación, administración y logística. No obstante, esta barrera representa una oportunidad clara de fortalecimiento tecnológico.

## 11.8 Conectividad y acceso digital

La telemedicina requiere condiciones mínimas de conectividad, acceso a dispositivos y familiaridad con herramientas digitales. En algunos territorios, estas condiciones no están garantizadas. La conectividad limitada puede dificultar la conexión a la teleconsulta, la recepción de correos electrónicos, el seguimiento por canales digitales o la navegación de herramientas de autogestión.

Para responder a esta barrera, MÍA combina canales digitales con acompañamiento humano y articulación territorial. Cuando una persona no puede avanzar por una ruta plenamente virtual, el modelo permite activar opciones presenciales o apoyos locales. Además, las estrategias de educación en territorio y articulación con universidades, hospitales, redes de acompañantes y organizaciones aliadas contribuyen a mejorar el conocimiento sobre la telemedicina y las rutas de acceso disponibles.

## 11.9 Síntesis de barreras y estrategias

Barrera enfrentada	Estrategia de superación
Falta de información y manejo tecnológico	Acompañamiento por canales, orientación clara y educación en territorio
Desconfianza en la virtualidad	Comunicación segura, explicación de la ruta, consulta médica y seguimiento posterior
Limitaciones geográficas	Teleconsulta, envío del kit y articulación con sedes regionales
Contingencias logísticas	Seguimiento individualizado, coordinación con operador logístico y apoyo territorial
Alta demanda en canales	Fortalecimiento del equipo, bot inicial y automatización de información básica
Caídas en pagos, citas o continuidad	Recontacto, depuración de casos y orientación hacia rutas alternativas
Ausencia de CRM integral	Matriz manual, correos, reuniones de seguimiento y coordinación entre áreas
Conectividad limitada	Canales asistidos, derivación presencial y estrategias territoriales

En conjunto, estas barreras muestran que el éxito de MÍA no se explica únicamente por el uso de telemedicina, sino por la capacidad de Profamilia para adaptar la operación, acompañar a las personas usuarias y resolver contingencias de forma coordinada. Cada barrera enfrentada se ha convertido en una fuente de aprendizaje para fortalecer el modelo y mejorar su capacidad de respuesta.

## 12. Aprendizajes clave del modelo

La experiencia de MÍA ha generado aprendizajes relevantes para Profamilia y para otras organizaciones que buscan implementar o fortalecer modelos de telemedicina en salud sexual y reproductiva. Estos aprendizajes muestran que la innovación no está únicamente en habilitar una consulta virtual, sino en diseñar una ruta completa, segura, trazable y acompañada, capaz de responder a las necesidades reales de las personas usuarias.

### 12.1 La telemedicina puede ampliar el acceso, pero requiere una ruta integral

MÍA ha demostrado que la telemedicina es una estrategia efectiva para ampliar el acceso a servicios de interrupción voluntaria del embarazo, especialmente en territorios alejados y en contextos donde el estigma dificulta la atención presencial. Sin embargo, el aprendizaje central es que la telemedicina no funciona como un acto aislado: requiere canales de entrada, orientación, criterios clínicos, agendamiento, historia clínica, logística, seguimiento y rutas de derivación presencial.

El modelo confirma que una consulta virtual solo genera acceso efectivo cuando está integrada a una operación completa. En el caso de MÍA, la atención médica se complementa con la entrega del kit, el seguimiento posterior y la posibilidad de activar atención presencial cuando el proceso no puede continuar de manera virtual.

### 12.2 La autogestión debe ir acompañada de información clara y soporte humano

Uno de los aprendizajes más importantes es que fomentar la autogestión no significa dejar a la persona sola. MÍA promueve la autonomía de las personas con capacidad de gestar, pero lo hace mediante información clara, acompañamiento por canales, consulta médica y seguimiento posterior.

Este acompañamiento es especialmente relevante porque muchas personas llegan con dudas, temor, desinformación o necesidad de confirmar que el proceso es seguro. Por eso, el modelo combina herramientas digitales con asesoría humana sensible y humanizada. La experiencia muestra que, incluso cuando existen opciones de autogestión, muchas personas prefieren hablar con una asesora para resolver inquietudes y sentirse acompañadas.

### 12.3 La automatización ayuda, pero no debe reemplazar la sensibilidad del servicio

El bot inicial de WhatsApp ha permitido recoger información básica y orientar el trabajo de las asesoras, pero el modelo evidencia que no todos los momentos del proceso pueden automatizarse de la misma manera. La automatización es útil para preguntas frecuentes, caracterización inicial, información general, rastreo del kit o recordatorios; sin embargo, los momentos de mayor sensibilidad emocional o complejidad clínica requieren intervención humana.

El aprendizaje es avanzar hacia mayor automatización sin perder el componente humanizado. En servicios como la interrupción voluntaria del embarazo, la tecnología debe liberar capacidad operativa, mejorar la oportunidad de respuesta y facilitar la trazabilidad, pero siempre preservando la confidencialidad, la empatía y el acompañamiento sensible.

## 12.4 La logística es parte central del modelo clínico

MÍA muestra que, en un modelo de aborto autogestionado por telemedicina, la logística no es un componente secundario. La entrega oportuna del kit es indispensable para que la atención virtual se convierta en acceso real al tratamiento. Cualquier error en dirección, demora, devolución o intento fallido de entrega puede afectar la oportunidad del proceso.

Por esta razón, el operador logístico, la coordinación con la Clínica Piloto, el seguimiento del envío y los mecanismos de contingencia con sedes regionales hacen parte del corazón operativo del modelo. La capacidad de resolver casos individualmente, activar alertas y evitar que la persona usuaria asuma la carga de los problemas logísticos ha sido clave para sostener la calidad de la atención.

## 12.5 La trazabilidad del caso es indispensable para la seguridad y la continuidad

El modelo requiere conocer en todo momento en qué punto se encuentra cada persona usuaria: si recibió información, si pagó, si se agendó la cita, si asistió a la teleconsulta, si se formuló el kit, si el kit fue enviado, si fue entregado, si tomó los medicamentos, si presentó signos de alarma y si tuvo control posterior.

La experiencia ha demostrado que la trazabilidad puede sostenerse inicialmente con herramientas manuales, como correos y matrices en Drive, pero a medida que el volumen crece se vuelve necesario contar con sistemas más integrados. La ausencia de un CRM o sistema integral de gestión de casos aumenta la carga operativa y el riesgo de errores humanos, especialmente en datos críticos como direcciones, pagos, estados de envío o seguimientos pendientes.

## 12.6 La centralización puede facilitar el control en etapas tempranas

La centralización de la teleconsulta y del despacho del kit en la Clínica Piloto ha permitido concentrar experiencia, controlar mejor los pasos críticos y reducir la dispersión operativa. En un modelo que involucra pagos, formulación, facturación, inventario, despacho y seguimiento, tener un punto central de coordinación facilita la comunicación entre áreas y reduce el riesgo de fragmentación.

Al mismo tiempo, MÍA muestra que la centralización debe complementarse con capacidad territorial. Cuando se presentan contingencias o se requiere atención presencial, el modelo necesita articularse con sedes, líderes regionales y gestores PAEND. El aprendizaje es combinar control central con respuesta local.

## 12.7 El modelo debe contemplar rutas alternativas y no abandono

No todas las personas que ingresan a MÍA pueden continuar por teleconsulta. Algunas superan el rango gestacional definido, requieren ecografía, presentan signos de alarma, reportan maniobras abortivas previas o tienen condiciones clínicas que requieren valoración presencial. El aprendizaje es que la telemedicina debe funcionar como una puerta de entrada y no como una ruta excluyente.

El enfoque de no abandono permite que, cuando la ruta virtual no es adecuada, la persona reciba información y sea orientada hacia una ruta presencial. Esto es especialmente importante en un

servicio donde la oportunidad, la confidencialidad y la continuidad de la atención son determinantes para la seguridad.

### 12.8 La experiencia usuaria depende de toda la ruta, no solo de la consulta

La satisfacción de las personas usuarias está determinada por la experiencia completa: la facilidad para contactar, la claridad de la información, los tiempos de respuesta, la confianza en la virtualidad, el agendamiento, el pago, la consulta, la entrega del kit, el seguimiento y el cierre. MÍA reporta una satisfacción global del 90%, resultado que refleja la importancia de diseñar el proceso completo y no solo el momento clínico.

La medición de satisfacción en canales y atención permite identificar oportunidades de mejora y ajustar la operación. Este aprendizaje es clave para otros modelos de telemedicina: la calidad percibida no depende únicamente del profesional de salud, sino de todos los puntos de contacto.

### 12.9 El trabajo interdisciplinario es una condición de éxito

MÍA requiere la participación coordinada de múltiples áreas: canales, auxiliares de enfermería, profesionales médicos, psicología, facturación, logística, Clínica Piloto, tecnología, líderes regionales, gestores PAEND y mejora continua. Aunque el modelo todavía no opera como una unidad de negocio completamente separada, funciona como una operación interdisciplinaria en la que cada área sostiene una parte de la ruta.

El aprendizaje es que la telemedicina no puede implementarse únicamente desde el área clínica o tecnológica. Requiere una gobernanza operativa capaz de alinear decisiones, tiempos, responsabilidades, datos, canales y contingencias.

### 12.10 La mejora continua surge de documentar, revisar y ajustar

MÍA se ha construido a partir de la práctica. La documentación del proceso, el análisis de caídas, el seguimiento de casos, las reuniones semanales y la retroalimentación de las personas usuarias, colectivos y aliados han permitido fortalecer el modelo. La documentación rigurosa del proceso ha fortalecido la mejora continua y ha posicionado a MÍA como un referente nacional en salud sexual y reproductiva.

Este aprendizaje es fundamental para organizaciones que quieran adaptar el modelo: no es necesario iniciar con una arquitectura perfecta, pero sí es indispensable documentar, medir, revisar y ajustar de manera sistemática. MÍA muestra que los modelos de telemedicina se consolidan progresivamente cuando existe disposición institucional para aprender de la operación real.

"La innovación no está en habilitar una consulta virtual,  
**sino en diseñar una ruta completa, segura, trazable y  
acompañada."**