

Declaración del IMAP sobre las ISD de SDSR

Introducción

Esta declaración ha sido elaborada por el Grupo Internacional para el Asesoramiento Médico (IMAP) y fue aprobada en agosto de 2022.

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud digital es un término amplio que engloba las tecnologías digitales¹ que se utilizan para apoyar la salud y los campos relacionados con ella. (1) A los efectos de esta declaración, nos centraremos en las Intervenciones en Salud Digital (ISD) que facilitan la prestación o el acceso a servicios e información de salud sexual y reproductiva (SSR).

La evidencia demuestra que las ISD pueden aumentar el conocimiento de la información y los servicios de SSR, facilitar el acceso a los servicios presenciales y virtuales, y apoyar diversas prácticas de autocuidado. Aunque la pandemia de COVID-19 aceleró el uso de las ISD en la atención de la SSR en todo el mundo, estas se están convirtiendo en parte del espectro

de opciones de prestación de servicios de SSR, complementando las opciones de atención presencial y de autocuidado.

Esta declaración aborda los atributos clave para que las ISD puedan proporcionar una atención segura, de calidad y accesible centrada en la persona y, en última instancia, cumplir con el derecho de las personas usuarias, incluidas las mujeres y las niñas², a acceder a atención de la SSR cuando, donde y como lo deseen.

ISD centradas en las personas

Diseño centrado en el ser humano

El diseño centrado en el ser humano (DCH) combina soluciones innovadoras con la investigación sobre las necesidades de las personas usuarias finales y su contexto, y crea una estrategia de implementación centrada en la persona, basada en los derechos, contextualizada y enfocada en la empatía. Las ISD tienen en cuenta las experiencias vividas

¹ Abarca las tecnologías de la información y la comunicación (eSalud), las tecnologías inalámbricas móviles (mSalud), los historiales médicos electrónicos, la telemedicina, los dispositivos portátiles, la robótica y la inteligencia artificial. (1) El usuario objetivo pueden ser las personas usuarias, las personas prestadoras de servicios, las personas gestoras de sistemas y recursos sanitarios, y/o los servicios de datos. (2).

² Este documento incluye a las mujeres y las niñas, y a todas las personas que pueden embarazarse, incluidas las personas intersexuales, transgénero y con diversidad de género. A efectos de este documento, las referencias a "mujeres y niñas" se usan para todas las personas que tienen capacidad para embarazarse.

por las personas usuarias, los prejuicios de las personas prestadoras de salud y los desafíos sistémicos que pueden afectar a la atención centrada en la persona usuaria. (3) Esto puede hacer que las personas usuarias sientan más confianza y seguridad en su experiencia con las ISD y en el entorno de salud. El DCH incorpora la perspectiva de la persona usuaria a lo largo del diseño, el desarrollo, la implementación, el monitoreo y la evaluación, y la planificación de la sostenibilidad, para garantizar que las intervenciones sean accesibles, aceptables, viables y sostenibles. (4) Existen varios recursos prácticos gratuitos para aplicar la metodología del DCH para el diseño y la implementación de las ISD (Anexo 1).



Ampliación de la oferta de servicios

La integración de las ISD en las actividades de promoción de la salud, la atención en persona y los enfoques de autocuidado, como parte de un modelo de prestación de servicios híbrido e integral, aumenta la accesibilidad a la información y los servicios de SSR, al tiempo que

proporciona a las personas usuarias opciones de prestación de servicios ampliadas para satisfacer mejor sus necesidades y objetivos de SDR. Con la disponibilidad de tecnologías eficaces y de bajo costo, cada vez son más las personas que gestionan múltiples aspectos de su salud a través de plataformas digitales, incluso para la atención de la salud sexual y reproductiva, como el apoyo al embarazo, el seguimiento de la menstruación y la elección de métodos anticonceptivos y de aborto.

La salud digital para el autocuidado de la salud sexual y reproductiva ofrece una oportunidad de atención de calidad que no requiere que las personas usuarias acudan a una clínica para recibir atención en persona. Esto es especialmente útil para las personas que viven en zonas remotas y de difícil acceso y/o para servicios estigmatizados como el aborto, en los que las personas usuarias pueden querer evitar acudir a una clínica para recibir los servicios. (17)

Las intervenciones digitales pueden cubrir la brecha entre los modelos formales y comunitarios de prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. (18) Ofrecen ventajas únicas como la accesibilidad, la privacidad, el anonimato, los vínculos con el sistema de salud y las oportunidades de monitoreo y evaluación continuos del programa. (10)

Atributos clave de las ISD centradas en las personas

Hay seis atributos clave³ para garantizar que las ISD centradas en la persona sean accesibles, aceptables, viables y sostenibles.

1. No dejar a nadie atrás

La tecnología digital puede aumentar la accesibilidad a la información y los servicios de SSR; sin embargo, también puede exacerbar las desigualdades en el acceso para las poblaciones que ya de por sí tienen poco acceso a los

³ En el Anexo 2 encontrará una lista de verificación para cada atributo clave.

dispositivos digitales y a internet, incluidas las mujeres, las personas con bajo nivel de alfabetización y las que viven en zonas rurales, remotas o afectadas por crisis. (19) Para mitigar el potencial de la exclusión digital, los grupos marginados y de difícil acceso deberían participar en el diseño y la implementación de las ISD centradas en el ser humano. Integrar las ISD con enfoques presenciales y comunitarios mitigará aun más el riesgo de excluir a estos grupos.

Gráfico 2



Además, el bajo nivel de alfabetización puede afectar la capacidad de las personas usuarias para encontrar información y servicios pertinentes a través de las ISD. Las líneas directas y las ISD de voz son formatos más accesibles para las personas usuarias con bajo nivel de alfabetización. (19) Incluir un lenguaje y un contenido que tengan en cuenta el género, adaptarse al contexto y añadir características de accesibilidad respeta los derechos de las personas usuarias, y mejora la inclusión de otros grupos marginados, como la comunidad LGBTQ+, las personas con discapacidad y las poblaciones indígenas.

La alfabetización digital puede ser una barrera para el acceso y el uso de las ISD, tanto para

la persona usuaria como para la persona prestadora de servicios. Ambas deben tener los conocimientos técnicos necesarios para manejar un dispositivo digital y la aplicación/plataforma. Por eso, tanto la persona usuaria como la persona prestadora de servicios deben contribuir al diseño y a las pruebas de usuario de las ISD, y las personas prestadoras de servicios deben recibir capacitación sobre cómo apoyar a las personas usuarias.

2. Derechos de las personas usuarias y el principio de no hacer daño

Es necesaria una mayor sensibilización sobre la protección de datos y los derechos para informar mejor a las personas encargadas de elaborar las políticas, a las personas profesionales y a las personas usuarias sobre cómo garantizar la privacidad digital. Actualmente, no existe un conjunto global de principios que guíen la gobernanza de los datos de salud en todos los sistemas y políticas de salud. En respuesta, Transform Health lanzó sus [Principios de Gobernanza de Datos de Salud](#), que se agrupan en torno a tres objetivos clave: proteger a las personas, promover el valor de la salud y priorizar la equidad. (22) Estos principios pueden guiar las políticas y los protocolos de ciberseguridad y protección de las ISD de las personas prestadoras de servicios. Entre las consideraciones importantes sobre la seguridad de los datos se encuentran la protección de los datos personales de la persona usuaria, el tratamiento de las sensibilidades en torno al contenido de la SSR, la comprensión de las leyes/reglamentos nacionales sobre la protección de datos, la inclusión de una política de privacidad y los términos y condiciones durante la incorporación a las ISD, y la implementación de las mejores prácticas y protocolos de seguridad para las personas prestadoras de servicios virtuales. (6)

3. Calidad de la atención

La atención centrada en la persona es el núcleo del enfoque de la IPPF sobre la calidad de la atención. Las personas usuarias tienen derecho a recibir una atención médica de calidad y a

elegir el tipo de atención que se ajuste a sus necesidades, preferencias y experiencias vividas. Las normas de calidad establecidas para los servicios presenciales deben aplicarse a las ISD, adaptándolas para que reflejen las realidades de los distintos escenarios fuera de la clínica.

Las consideraciones de adaptación para garantizar la calidad de vida en las ISD incluyen privacidad y seguridad para la persona usuaria y la persona prestadora de servicios (se analiza más adelante), el establecimiento de confianza en la relación persona usuaria-persona prestadora a distancia y la prestación de consejería de forma virtual sin ayudas visuales. Las ISD pueden utilizarse para conocer las preferencias de las personas usuarias a la hora de establecer y mantener la confianza con las personas prestadoras, y para comprender los retos a los que se enfrentan las personas prestadoras a la hora de cumplir normas de calidad de servicio similares a las que se aplican en persona. Es necesario adaptar las normas y los protocolos de calidad para que reflejen estos resultados, y se requiere una capacitación adicional de las personas que prestan servicios.

Los kits de adaptación digital (KAD) creados por la OMS ayudan a las personas que implementan las ISD a aplicar sistemáticamente las recomendaciones y directrices clínicas, de salud pública y de datos dentro de los sistemas digitales. (21) Su aplicación en el diseño y la implementación de las ISD puede promover la estandarización de los contenidos y la interoperabilidad técnica dentro del ecosistema digital de un país, lo que conduce a la mejora de la calidad de la atención y apoya aun más la sostenibilidad de las ISD.

4. Sostenibilidad

Las ISD a menudo no logran alcanzar la escala/sostenibilidad debido a la limitada capacidad interna para el desarrollo digital, la falta de un modelo de negocio viable o la dependencia del financiamiento a corto plazo. Por lo tanto, hay que tener en cuenta la sostenibilidad desde el

principio y a lo largo de todo el ciclo de vida del proyecto a la hora de considerar si una ISD alcanzará los objetivos de este. (6)

Se pueden aprovechar las alianzas estratégicas para sostener y ampliar las ISD. (6, 35) Por ejemplo, asociarse con otras organizaciones de salud digital establecidas y aprovechar sus redes de derivación puede ser rentable y amplificar el impacto. La alineación con los esfuerzos de fortalecimiento de los sistemas de salud promueve la integración por parte de los sistemas nacionales de salud, así como la sostenibilidad y la aplicación en toda la población. Entender y navegar por las regulaciones de la telemedicina, por ejemplo, puede ser un reto insuperable para la implementación de las ISD de telesalud. La colaboración con los ministerios y el sector privado de tecnologías de la información puede ayudar a superar los obstáculos regulatorios y garantizar el cumplimiento de la normativa local. La cooperación con el Ministerio de Educación para integrar las ISD en el plan de estudios es estratégica para la sostenibilidad y la ampliación de las ISD de educación integral de la sexualidad (EIS). La alianza con proveedores de servicios de internet y operadores de redes móviles puede ofrecer oportunidades para ampliar el acceso y reducir los costos asociados con el almacenamiento de las ISD, así como el acceso de las personas usuarias a los servicios de las ISD. (35)

Muchas herramientas digitales de SSR ya están desarrolladas y disponibles en el mercado como bienes públicos digitales. (49) Utilizar las herramientas existentes puede ahorrar costos de diseño y desarrollo. Sin embargo, es importante reconocer las limitaciones de estas herramientas, ya que deben adaptarse al contexto al que están destinadas. (36) Research 4 Scalable Solutions llevó a cabo un análisis de contenido de varias plataformas digitales de planificación familiar, en el que se destacan las principales conclusiones relacionadas con las áreas de contenido y se ofrece una lista de herramientas recomendadas para su adopción o adaptación. (37)

Se necesitan más investigaciones y evidencias para comprender la rentabilidad y la sostenibilidad de los servicios de las ISD de SSR centrados en la persona. Lo ideal sería realizar una evaluación de impacto antes de ampliar la escala de una ISD. Sin embargo, dadas las limitaciones financieras y de recursos, es útil empezar por incluir indicadores de sostenibilidad en el plan de monitoreo y evaluación, y revisarlos en función de los objetivos y la misión de la ISD a lo largo del tiempo.

5. Captación y satisfacción de la persona usuaria

Medir el efecto directo de las ISD en la aceptación de los servicios de SSR puede ser un reto para su implementación. Muy pocos estudios de SSR en las ISD han establecido la conexión entre un mayor conocimiento/conciencia y un mayor acceso a los servicios de SSR. Sin embargo, los estudios han demostrado que un componente de interacción en las intervenciones por teléfono móvil (por ejemplo, cuestionarios, recordatorios personalizados de llamadas o mensajes de texto) aumenta la captación de las personas que las usan y, en última instancia, el acceso a los servicios de SSR. (30, 23, 29) Las ideas de la industria digital con fines de lucro muestran que la captación de la clientela está relacionada con la rentabilidad general, ya que es más probable que las personas usuarias compren, se conviertan en clientes habituales y compartan el producto/servicio con otras personas. (32)

La captación de personas usuarias con las ISD puede medirse e interpretarse junto con los resultados de salud y de proceso para comprender la relación entre la captación de ISD y el acceso a la SSR. (33) La armonización de las métricas de captación entre las partes interesadas en la SDR puede informar aun más sobre las mejores prácticas para medir los resultados y el impacto de las ISD. (31) Las métricas de captación incluyen datos analíticos cuantitativos de sitios web/aplicaciones y encuestas. Entre los indicadores clave de desempeño (ICD) utilizados

habitualmente para evaluar la captación de las ISD, se encuentran los siguientes:

- sitios web/apps: número de personas usuarias, número de personas usuarias nuevas y recurrentes, número de páginas vistas, número de páginas por sesión, duración promedio de la sesión y tasa de rebote.
- redes sociales: número de impresiones, número de Me gusta, número de seguidores, número de conversiones.
- SMS: tasa de interacción, tasa de cancelación de suscripción, tasa de conversión.
- centros de llamadas/chat: Net Promoter Score

En el [Anexo 4](#) se ofrecen listas completas de los ICD de todas las plataformas.

La aplicación del DCH y la participación de las personas usuarias en el diseño y la implementación de las ISD garantizará que estén satisfechas y se sientan cómodas utilizando las ISD porque están adaptadas a sus necesidades y a su contexto. (19) Las opiniones de las personas usuarias deben tenerse en cuenta de forma continua para evaluar la calidad de la atención y para introducir mejoras continuas en las ISD. La calidad de la experiencia y la satisfacción de las personas usuarias pueden medirse y evaluarse mediante encuestas, entrevistas de salida y puntuaciones de Net Promoter Score (la disposición de la persona usuaria a promocionar este servicio entre sus pares).

6. Medidas de mejora

Existe una falta de consenso entre las personas expertas a nivel mundial sobre cómo evaluar las ISD y medir su eficacia. Una teoría de cambio de ISD puede ayudar a los ICD. En el caso de los modelos híbridos, los ICD deben estar alineados en los distintos puntos de acceso/atención, y la recopilación de datos debe estar coordinada entre las ISD y el punto de prestación de servicios a fin de evaluar el impacto de estas en el aumento de la aceptación de los servicios de SSR (en persona, virtualmente y/o a través

de prácticas de autocuidado). El seguimiento de estos ICD a lo largo de todo el recorrido de uso de la persona usuaria puede ayudar a identificar los retos y las barreras en los diferentes puntos de acceso y atención, y luego informar sobre la adaptación e iteración de las ISD para mejorar la experiencia de la persona usuaria. En el [Anexo 3](#) encontrará recursos de monitoreo y evaluación de las ISD y en el [Anexo 4](#) puede ver ejemplos de resultados y herramientas de SSR de las ISD.

Recomendaciones

- El diseño centrado en el ser humano debe aplicarse al desarrollo de las ISD dentro de un modelo híbrido de atención para abordar las necesidades de las poblaciones desatendidas.
- Es necesario adaptar las normas y enfoques de calidad de la atención para abordar los aspectos digitales, presenciales y de autocuidado. El diseño y el contenido de las ISD deben estar en consonancia con las directrices basadas en la evidencia.
- Las personas expertas en ciberseguridad y salvaguarda⁴ deben guiar el desarrollo de políticas y protocolos de las ISD específicos para cada contexto para garantizar la privacidad, la protección y la confidencialidad de las personas usuarias y las personas prestadoras de servicios.
- Los datos deben ser recopilados y utilizados para evaluar si la ISD ayuda a las personas usuarias a acceder a información y servicios de SSR, y para informar cambios para mejorar las ISD. La identificación de los ICD en todo el modelo híbrido permite medir el impacto de las ISD en la aceptación de los servicios.
- Recopilar información cualitativa de las personas usuarias de las ISD para entender cómo se relacionan con estas y la calidad de su experiencia.
- Es necesario contar con un modelo de negocio viable para las ISD antes de embarcarse en el desarrollo de un modelo eficaz.

- Establecer alianzas estratégicas tanto en el sector público como en el privado para garantizar la sostenibilidad.

Conclusión

Durante la pandemia de COVID-19, la tecnología digital aumentó el acceso a la información y los servicios de SSR. En la era pos-COVID, hay un gran potencial para que las ISD de SDR ofrezcan una atención verdaderamente centrada en la persona y proporcionen a las personas.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Recommendations on digital interventions for health system strengthening [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Junio de 2019 [citado el 18 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>
2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de intervenciones de salud digital v1.0 Un lenguaje común para describir los usos de la tecnología digital para la salud. 2022. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352500/WHO-RHR-18.06-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. UNICEF. Designing digital interventions for lasting impact. Oficina de Innovación de UNICEF. 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/innovation/reports/designing-digital-interventions-lasting-impact>
4. Eckman M, Gorski I, Mehta K. Leveraging design thinking to build sustainable mobile health systems - PubMed. Journal of Medical Engineering & Technology. Noviembre de 2016, 1;40(7–8).
5. Ideo. Design kit. ideo.org. [citado el 5 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.designkit.org/methods>
6. Principios para el desarrollo digital. Principios digitales. 2017 [citado el 17 de julio de 2022]. Disponible en: <https://digitalprinciples.org/es/principles/>
7. IPPF. Using Digital Health Interventions to Increase Access to Abortion and Contraception Services. IPPF; diciembre 2021.
8. OMS, UNFPA, UNICEF, UNESCO. Intervenciones de salud digital centradas en los jóvenes. Un marco para planificar, desarrollar e implementar soluciones con y para la población joven. Organización Panamericana

⁴Entre los ejemplos de organizaciones que aportan conocimientos especializados en materia de ciberseguridad y salvaguardia, así como apoyo de consulta para las actividades de SDR, se encuentran los siguientes: [Técnicas Rudas \(38\)](#), [Digital Defense Fund \(39\)](#)

de la Salud. 2021. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54520/9789275324103_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9. GSMA, Frog. mHealth Design Toolkit. Mobile for Development. Junio de 2017. Disponible en: <https://www.gsma.com/mobilefordevelopment/mhealth/mhealth-design-toolkit/>

10. Self-Care Trailblazer Group. Digital self care: A framework for design, implementation & evaluation. 2020 [citado el 6 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.psi.org/wp-content/uploads/2020/10/Digital-Self-Care.pdf>

11. Kennedy CE, Yeh PT, Gonsalves L, Jafri H, Gaffield ME, Kiarie J, et al. Should oral contraceptive pills be available without a prescription? A systematic review of over-the-counter and pharmacy access availability. *BMJ Global Health*. Junio de 2019; 4(3):e001402.

12. Kennedy CE, Yeh PT, Gaffield ML, Brady M, Narasimhan M. Self-administration of injectable contraception: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*. Marzo de 2019; 4(2):e001350.

13. Yeh PT, Kennedy CE, Van der Poel S, Matsaseng T, Bernard L, Narasimhan M. Should home-based ovulation predictor kits be offered as an additional approach for fertility management for women and couples desiring pregnancy? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*. Abril de 2019; 4(2):e001403.

14. Yeh PT, Kennedy CE, de Vuyst H, Narasimhan M. Self-sampling for human papillomavirus (HPV) testing: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*. Mayo de 2019; 4(3):e001351.

15. Ogale Y, Yeh PT, Kennedy CE, Toskin I, Narasimhan M. Self-collection of samples as an additional approach to deliver testing services for sexually transmitted infections: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*. Abril de 2019; 4(2):e001349.

16. Organización Mundial de la Salud. Classification of self-care interventions for health: A shared language to describe the uses of self-care interventions. Organización Mundial de la Salud. Diciembre de 2021 [citado el 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039469>

17. IPPF. Declaración del IMAP sobre el autocuidado del aborto. IPPF. 2022. Disponible en: <https://www.ippf.org/resource/imap-statement-abortion-self-care>

18. Gill R, Tam G. Power of co-designed digital self-care tools for sexual and reproductive health to realize UHC for all: PSI. PSI. 2021 [citado el 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.psi.org/project/self-care/vitala-global-foundation-digital-tools-uhc/>

19. McKinley A, Mills P, Weaver D, McCarthy O. Digital Health Intervention Landscape Analysis Report. IPPF; octubre de 2021.

20. GSMA Connected Women. The Mobile Gender Gap Report 2021. 2021 [citado el 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.gsma.com/r/wp-content/uploads/2021/07/The-Mobile-Gender-Gap-Report-2021.pdf>

21. Tamrat T, Ratanaprayul N, Barreix M, Tunçalp Ö, Lowrance D, Thompson J, et al. Transitioning to digital systems: The role of World Health Organization's digital adaptation kits in operationalizing recommendations and interoperability standards. *Global Health. Science and Practice*. Febrero de 2022; 28;10(1).

22. Los Principios. Principios de Gobernanza de Datos de Salud [citado el 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://healthdatapinciples.org/sp/principles>

23. Palmer MJ, Henschke N, Villanueva G, Maayan N, Bergman H, Glenton C, et al. Targeted client communication via mobile devices for improving sexual and reproductive health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Julio de 2020; 14;2020(8)..

24. Endler M, Lavelanet A, Cleeve A, Ganatra B, Gomperts R, Gemzell-Danielsson K. Telemedicine for medical abortion: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Abril de 2019; 25;126(9):1094–102.

25. Norton H, Wilkinson J, Ilozumba O, Danielsson KG, Gomperts R. 10-year evaluation of the use of self-managed abortion through telemedicine: A retrospective cohort study. Authorea, Inc.; septiembre 2020 [citado el 8 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22541/au.160029756.61648013>

26. Johnson D, Juras R, Riley P, Chatterji M, Sloane P, Choi SK, et al. A randomized controlled trial of the impact of a family planning mHealth service on knowledge and use of contraception. *Contraception*. Enero de 2017; 95(1):90–7.

27. McCarthy, Ahamed, Kulaeva, Tokhirov, Saibov, Vandewiele, et al. A randomized controlled trial of an intervention delivered by mobile phone app instant messaging to increase the acceptability of effective contraception among young people in Tajikistan. *Reproductive Health*. Febrero de 2018; 13;15(1):1–14.

28. McCarthy, Zghayyer, Stavridis, Adada, Ahamed, Leurent, et al. A randomized controlled trial of an intervention delivered by mobile phone text message to increase the acceptability of effective contraception among young women in Palestine. *Trials*. Abril de 2019; 23;20(1):1–13.

29. Feroz AS, Ali NA, Khoja A, Asad A, Saleem S. Using mobile phones to improve young people sexual and reproductive health in low and middle-income countries: A systematic review to identify barriers, facilitators, and range of mHealth solutions. *Reproductive Health*. Enero de 2021; 16;18(1):9.

30. Smith C, Gold J, Ngo TD, Sumpter C, Free C. Mobile phone-based interventions for improving contraception use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Junio de 2015; 26;6(CD011159).

31. Hightow-Weidman LB, Bauermeister JA. Engagement in

mHealth behavioral interventions for HIV prevention and care: Making sense of the metrics. mHealth. Enero de 2020; 1;6(7).

32. Osman M. Top 10 user engagement KPIs to measure. Search Engine Journal. 2019 [citado el 8 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.searchenginejournal.com/content-marketing-kpis/user-engagement-metrics/#close>

33. McCoy SI, Packel L. Lessons from early stage pilot studies to maximize the impact of digital health interventions for sexual and reproductive health. mHealth. Julio de 2020; 6(0).

34. MSI Reproductive Choices. MSI Reproductive Choices International. Pathfinder International. Septiembre de 2021 [citado el 23 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.msichoices.org/news-and-insights/resources/choice-in-a-digital-age-msi-choices-digital-and-technology-strategy/>

35. GSMA. Creating mobile health solutions for behaviour change. Mobile for Development. Abril de 2018. Disponible en: <https://www.gsma.com/mobilefordevelopment/mhealth/creating-mobile-health-solutions-behaviour-change/>

36. UNFPA, SYP, ESARO. Evaluation of Behaviour Change of young people using TuneMe in Southern Africa. UNFPA ESARO; septiembre de 2020. Disponible en: <https://esaro.unfpa.org/en/publications/evaluation-behaviour-change-young-people-using-tuneme-southern-africa>

37. Brittingham S, Zan T, Yacobson I. So many tools; how to choose? Results from a content analysis of family planning digital platforms (brief). Research for Scalable Solutions/FHI 360; 2021. Disponible en: <https://research4scalablesolutions.com/wp-content/uploads/2022/04/So-many-tools-how-to-choose.pdf>

38. Técnicas Rudas. Sitio web de Técnicas Rudas [citado el 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://tecnicasrudas.org/es>

39. Digital Defense Fund. Sitio web de Digital Defense Fund [citado el 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://digitaldefensefund.org>

40. Pasanen T. Monitoring and evaluation: five reality checks for adaptive management. ODI: Think change [citado el 18 de junio de 2022]. Disponible en: <https://odi.org/en/insights/monitoring-and-evaluation-five-reality-checks-for-adaptive-management/>

41. The Curve. THE DATA CURVE Smarter decisions through data. The Curve [citado el 1 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://the-curve.org/wp-content/uploads/2020/06/Data-Curve-1.pdf>

42. Musgrave, Homer, Kizirian, Gordon. Addressing preconception behaviour change through mobile phone apps: A protocol for a systematic review and meta-analysis. Systematic Reviews. Abril de 2019; 4;8(1):1–8.

43. Endler M, Cleeve A, Lavelanet A, Gemzell-Danielsson K. The use of telemedicine services for medical abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews. Noviembre de 2020; 3;11(CD013764).

44. Olafson K. 19 social media KPIs you should be tracking. Social Media Marketing & Management Dashboard. 2021 [citado el 8 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://blog.hootsuite.com/social-media-kpis-key-performance-indicators/>

45. Sehl K, Tien S. How to calculate engagement rate (Calculator). Social Media Marketing & Management Dashboard. 2021 [citado el 21 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://blog.hootsuite.com/calculate-engagement-rate/>

46. Keenan M. SMS metrics: How to measure your SMS campaign success. ManyChat. 2020 [citado el 8 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://manychat.com/blog/sms-metrics/>

47. Ring Central. Call Center Metrics and KPIs to Measure Performance and Productivity. RingCentral. 2020 [citado el 8 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ringcentral.com/call-center-metrics.html#ring-cc-off>

48. Organización Mundial de la Salud. Monitoring and evaluating digital health interventions. Organización Mundial de la Salud. 2016 [citado el 12 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511766>

49. Organización Mundial de la Salud. Atlas de Salud Digital. Organización Mundial de la Salud [citado el 12 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://digitalhealthatlas.org/es/-/>

Reconocimientos

Agradecemos al personal de las Asociaciones Miembro (AM) de la IPPF entrevistado para esta declaración. Esta declaración fue redactada por Genevieve Tam y Roopan Gill (Vitala Global), con el apoyo de Nihal Said, Shivam Shumsher y Mallah Tabot. Fue revisada por Nathalie Kapp y Manuelle Hurwitz, y por integrantes del IMAP: Paul D. Blumenthal, Gail Knudson, Zozo Nene y Edmore Munongo. También nos gustaría agradecer a Ammal Awadallah (PFPPA), Vandy Muong (RHAC), Adu Kwasi (PPAG), Chris Golden y Kim Tilbury (Islas del Pacífico y SROP), y Martha Nicholson (Frontiers), que participaron en las entrevistas con informantes clave y aportaron estudios de casos que respaldan la declaración. Agradecemos a colegas de MSI Reproductive Choices (Rachel Misra), la OMS (Tigest Tamrat y Lale Say) y el UNFPA (Will Zeck y Francelle Toedtli) sus valiosos aportes. Reconocemos y agradecemos la orientación y el apoyo del Grupo Internacional para el Asesoramiento Médico (IMAP): Michael T. Mbizvo (copresidente), Chipo Gwanzura (copresidente), Arachu Castro, Raffaella Schiavon, Janet Meyers, Paul Blumenthal, Metin Gülmezoglu, Michalina Drejza y Pascale Allotey.

Quiénes somos

La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) es una organización global proveedora de servicios y defensora líder de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. Somos un movimiento mundial de organizaciones nacionales que trabajan con y para las comunidades y los individuos.

IPPF

4 Newhams Row
London SE1 3UZ
United Kingdom

tel: +44 20 7939 8200
fax: +44 20 7939 8300
email: info@ippf.org
www.ippf.org

Organización benéfica registrada en el Reino Unido
n.º 229476

Publicación: septiembre de 2022

Anexo 1: Aplicación del enfoque de diseño centrado en el ser humano

Existen muchos recursos prácticos gratuitos para aplicar la metodología del DCH que incluyen cómo llevar a cabo: 1. investigación centrada en la persona usuaria, 2. mapeo y análisis de las partes interesadas, 3. talleres de cocreación, 4. pensamiento de diseño, 5. desarrollo y

mapeo de prototipos de personas usuarias, 6. actividades de prueba/validación de personas usuarias, 7. implementación, y 8. monitoreo y evaluación. Es importante revisar estos conjuntos de herramientas para comprender el tiempo y los recursos necesarios para garantizar un enfoque centrado en la persona para el diseño y la implementación de las ISD.



IPPF: Uso de intervenciones en salud digital para aumentar el acceso a los servicios de aborto y anticoncepción (7).



[Ideo.org](https://www.ideo.org): IDEO.org es un estudio de diseño sin ánimo de lucro que diseña productos y servicios junto con organizaciones comprometidas con la creación de un mundo más justo e inclusivo (5).



[UNICEF. Diseño de intervenciones digitales para un impacto duradero: una guía centrada en el ser humano para la implementación de la salud digital \(3\).](#)



[OMS/UNFPA: Intervenciones de salud digital centradas en los jóvenes. Un marco para planificar, desarrollar e implementar soluciones con y para la población joven \(8\).](#)



[Principios para el desarrollo digital \(6\)](#)



[GSMA + Frog: Caja de herramientas de diseño para mSalud \(9\)](#)



[Self-Care Trailblazer Group. Autocuidado digital: un marco de trabajo para diseño, implementación y evaluación \(10\).](#)

Anexo 2: Lista de verificación para los atributos de las ISD

No dejar a nadie atrás

Mitigar la exclusión en las ISD:

- ☐ Utilizar el DCH para incluir las necesidades de los grupos potencialmente excluidos.
- ☐ Complementar las ISD con enfoques presenciales y comunitarios para garantizar que las comunidades y los grupos demográficos no queden excluidos.
- ☐ Considerar la alfabetización digital de la persona usuaria (por ejemplo, mediante líneas de atención telefónica o respuesta de voz interactiva) y de la persona prestadora (por ejemplo, proporcionar capacitación).
- ☐ Incluir lenguaje y contenido inclusivos de género.
- ☐ Abordar las diferencias socioculturales dentro de las ISD, por ejemplo, las creencias y costumbres indígenas.
- ☐ Abordar la accesibilidad digital para las personas con discapacidades

Calidad de la atención

- ☐ Garantizar la máxima calidad de atención en todo el modelo de prestación híbrido de las ISD.
- ☐ Aplicar las normas de calidad de los servicios presenciales a las ISD.
 - ☐ Adaptar los servicios utilizando el DCH para reflejar las realidades de la prestación de servicios fuera de la clínica.
- ☐ Siempre que sea posible, remitirse a directrices, documentos e informes basados en la evidencia para informar sobre el contenido y el diseño de las ISD.
- ☐ Garantizar que la calidad de la experiencia es un componente esencial de las normas de calidad de vida y de los resultados

Derechos de las personas usuarias y el principio de no hacer daño

- ☐ Comprender las leyes/regulaciones nacionales sobre protección de datos.
- ☐ Consideraciones sobre la privacidad y la protección de datos:
 - ☐ Política de privacidad, y términos y condiciones en las ISD.
 - ☐ Opción de PIN de seguridad para la persona usuaria.
 - ☐ Cómo se adquieren los datos (consentimiento), cómo se utilizan, cómo se almacenan y cómo se comparten. Recopilar la información mínima necesaria.
 - ☐ Pedir el consentimiento para contactar con la persona usuaria (por ejemplo, teléfonos móviles compartidos).
 - ☐ Proporcionar material educativo a las personas usuarias sobre cómo protegerse de posibles infracciones (por ejemplo, utilizar un VPN gratuito cuando se accede a las ISD, eliminar las aplicaciones cuando no se utilizan, etc.).
- ☐ Consideraciones de salvaguarda:
 - ☐ Las personas prestadoras de servicios pueden utilizar un VPN cuando utilicen las ISD para comunicarse con las personas usuarias.
 - ☐ Configurar la autenticación de dos factores para acceder a las plataformas compartidas con la información de la persona usuaria.
 - ☐ Disponer de protocolos adecuados de notificación de incidentes y de salvaguarda para proteger a las personas prestadoras y usuarias.
- ☐ Consultar con personas expertas en ciberseguridad y salvaguarda para garantizar la solidez de las políticas y las prácticas.

Captación y satisfacción de la persona usuaria

- ☐ Crear un plan de monitoreo y evaluación desde el principio junto con la teoría de cambio de las ISD.
- ☐ Incluir resultados de salud (es decir, cambios en el comportamiento de búsqueda de la salud), resultados de proceso (es decir, número de servicios prestados), resultados de captación (es decir, satisfacción de la persona usuaria y derivación) y resultados de calidad de la atención (es decir, las personas usuarias comprenden la información proporcionada).
- ☐ Coordinar todos los datos recopilados en los distintos puntos del modelo híbrido (ISD, derivaciones, servicios a los que se accede en los puntos de derivación) e integrarlos en una base de datos para su evaluación cruzada.
- ☐ Identificar los Indicadores Clave de Desempeño (ICD): discutir con todas las entidades socias/ partes interesadas involucradas para que se alineen con sus objetivos.
- ☐ Informar regularmente sobre los ICD (mensual o trimestralmente):
 - ☐ Para que las personas prestadoras tomen decisiones adaptativas basadas en datos para mejorar la calidad de la atención y abordar los problemas de accesibilidad.
 - ☐ Mostrar cómo las ISD aportan valor a todas las partes interesadas, y así animarlas a seguir sosteniendo la iniciativa.
- ☐ Incluir una evaluación de costos para valorar la relación costo-beneficio de las ISD.

Captación y satisfacción de la persona usuaria

- ☐ Garantizar la calidad de la experiencia como un componente esencial de los estándares de calidad de vida y de los resultados de la calidad de vida que se miden.
- ☐ Incluir métricas de captación de las ISD (por ejemplo, datos analíticos de sitios web/ aplicaciones).
- ☐ Incluir comentarios continuos de las personas usuarias para evaluar su aceptabilidad y satisfacción (por ejemplo, pruebas de uso, entrevistas a la salida, encuestas de satisfacción y de Net Promoter Score).
- ☐ Iterar las ISD sobre la base de las métricas de captación de las ISD y los comentarios de las personas usuarias.
- ☐ Diversificar las estrategias de divulgación para aumentar la captación de distintas personas usuarias (tanto nuevas como ya existentes).

Sostenibilidad

- ☐ Establecer alianzas estratégicas con las partes interesadas del sector público y privado para reducir los costos y aumentar el alcance.
- ☐ Reutilizar y aprovechar las ISD existentes siempre que sea posible.
 - ☐ Es necesario tener en cuenta el tiempo y el costo de adaptar las ISD al contexto específico utilizando el DCH.
- ☐ Identificar y poner en práctica un modelo de negocio sostenible (es decir, cobrar a las personas usuarias, seguro médico, compartir los costos con las organizaciones socias).
- ☐ Comprender los costos asociados con el diseño, el desarrollo, la implementación, la promoción y el mantenimiento de las ISD.
- ☐ Previsión de un presupuesto para las ISD con los recursos específicos necesarios para estas: por ejemplo, actividades de DCH, diseño, desarrollo, divulgación/mercadeo, personas expertas en ciberseguridad, implementación y mantenimiento.
- ☐ Incluir indicadores de sostenibilidad en el plan de monitoreo y evaluación (es decir, realizar un análisis de costos).
- ☐ Colaborar y compartir.

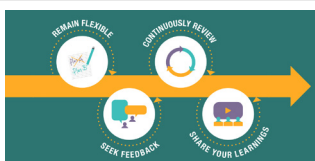
Anexo 3: Recursos de monitoreo y evaluación (48)

Para medir la eficacia de las ISD, es fundamental contar con un marco y un plan de monitoreo y evaluación sólidos desde el principio. A

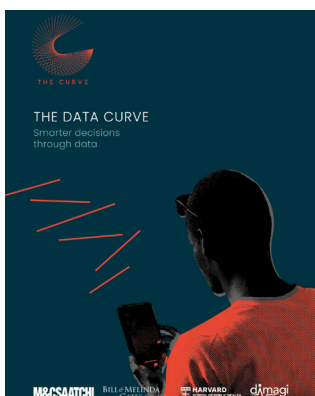
continuación, se presentan varios recursos que proporcionan una guía sobre cómo trabajar sobre la base de datos y cómo utilizar los datos para impulsar el impacto.



[Principios para el desarrollo digital: sea impulsado por datos \(6\)](#)



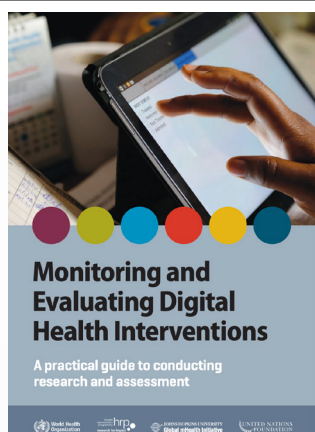
[ODI - Monitoreo y evaluación: cinco comprobaciones de la realidad para la gestión adaptativa \(40\)](#)



[The Curve - Decisiones más inteligentes gracias a los datos \(41\)](#)



[GSMA - Creación de soluciones sanitarias móviles para el cambio de comportamiento \(35\)](#)



[Organización Mundial de la Salud. Monitoring and evaluating digital health interventions \(48\)](#)

Anexo 4: Ejemplos de medidas de resultados y herramientas de estudio de las ISD sobre SDR

Resultados del cambio de comportamiento a través de aplicaciones para teléfonos móviles (42)

- Autoeficacia (utilizando una escala validada como la escala de autoestima de Rosenberg)
- Resultados psicosociales como la depresión y la ansiedad (utilizando una herramienta validada, por ejemplo, la Escala de Preocupación de Cambridge, el Índice de Ansiedad Estado-Rasgo o la Escala de Depresión de Edimburgo)
- Salud general (utilizando una medida estandarizada, como una herramienta de evaluación de la salud general)
- Conocimiento del tema de la intervención dirigida
- Evaluación de la intervención (según el informe de los autores del ensayo, por ejemplo, cumplimiento de recomendaciones sobre el estilo de vida)
- Utilización de los servicios de salud (por ejemplo, cita en una clínica ambulatoria para la gestión de la salud o el estilo de vida, interacción con un programa de servicios de salud, interacción con los servicios del médico de cabecera, uso de servicios de hospitalización o duración de la estancia en el hospital)

Ejemplo de resultados de la telemedicina para el aborto (del protocolo de la revisión sistemática Cochrane) (43)

Esta revisión Cochrane evaluará la seguridad, la tasa de éxito y la aceptabilidad de la atención médica del aborto proporcionada a través de la telemedicina (TM), ya sea como único enfoque o con la TM como un componente del proceso de atención del aborto, en comparación con la atención del aborto en persona. En la práctica, las personas prestadoras deben alinear los resultados de sus servicios de aborto en persona y la calidad de la atención con los de los servicios de aborto de las ISD, con el fin de evaluar la eficacia, la seguridad y la aceptabilidad de estas frente al estándar de oro de la atención del aborto en persona.

Resultados primarios

- Resultados del índice de éxito
 - aborto completo definido como un embarazo interrumpido sin necesidad de medicación adicional y/o intervención quirúrgica para completar el aborto dentro de los 42 días posteriores al inicio del aborto
- Resultados de seguridad
 - transfusión de sangre por motivos relacionados con el aborto dentro de los 42 días posteriores al aborto
 - hospitalisation for reasons related to the abortion within 42 days of the abortion
- Aceptación por parte de las mujeres
 - satisfacción con el servicio de aborto de TM (plazo ilimitado para la medición de resultados)

Resultados secundarios

- Tasa de éxito, seguridad o aceptabilidad
 - mortalidad por motivos relacionados con el aborto dentro de los 42 días posteriores al aborto
 - visitas de emergencia al hospital por motivos relacionados con el aborto dentro de los dos días posteriores al aborto
 - continuación de un embarazo viable tras la toma de medicamentos abortivos
 - experiencias de dolor intenso
 - experiencia de sangrado abundante (definido como empapar más de dos toallas sanitarias por hora durante más de dos horas consecutivas o una definición equivalente) durante el proceso de aborto
 - cumplió con las expectativas de aborto médico a través de la TM (plazo ilimitado)
 - preferencia por la TM frente a la atención presencial (plazo ilimitado)
- Adhesión
 - tasa de adhesión a la pauta de dosis recomendada (ingesta correcta de dosis y horario del medicamento recomendado para el aborto, según lo que informa la persona)

Resultados de la comunicación con la persona usuaria a través de dispositivos móviles (23)

Resultados primarios

Cambio de comportamiento en salud:

- Prevención de ITS/VIH:
 - Uso del condón
 - Comunicación con la pareja: prácticas sexuales más seguras (autoinformadas)
- Tratamiento de ITS/VIH
 - Adhesión a la terapia antirretroviral (por ejemplo, recuento de pastillas, datos de prescripción)
 - Adhesión al tratamiento correcto de las ITS tratables
 - Comunicación con la pareja: divulgación
- Anticoncepción/planificación familiar:
 - Uso de métodos anticonceptivos modernos
 - Adherencia a los anticonceptivos (autoinformada y medida objetivamente)
 - Comunicación con la pareja: intenciones de fertilidad (autoinformadas)
- Atención previa a la concepción:
 - Ácido fólico (medidas objetivas y autoinformadas)
- Violencia de pareja:
 - Denuncia de experiencias de violencia (sexual, física, emocional) a una persona profesional de salud

Uso de los servicios:

- Prevención/tratamiento de ITS/VIH:
 - Asistencia a la clínica para exámenes
 - Asistencia a la clínica para recibir tratamiento (medidas objetivas y autoinformadas)
- Anticoncepción/planificación familiar:
 - Asistencia a la clínica para anticoncepción
 - Asistencia a la clínica para aborto
 - Asistencia a la clínica para prueba de embarazo
 - Asistencia a la clínica para tratamiento de complicaciones del aborto (medida objetiva y autoinformada)
- Vacuna del VPH:
 - Colocación de la vacuna contra el VPH (medidas objetivas y autoinformadas)
- Examen cervical:
 - Asistencia a la clínica para examen cervical (medidas objetivas y autoinformadas)
- Atención previa a la concepción
 - Asistencia a la clínica para atención previa a la concepción (medidas objetivas y autoinformadas)
- Violencia de pareja:
 - Uso de servicios diseñados para quienes han sufrido violencia de pareja

Estado de salud y bienestar:

- Prevención de ITS/VIH:
 - Estado de ITS (cualquiera)
 - Estado de VIH (medidas objetivas y autoinformadas)
- Tratamiento de ITS/VIH
 - Conteo de CD4
 - Carga viral
 - Curación completada (para ITS curables) (medidas objetivas y autoinformadas)
- Anticoncepción/planificación familiar:
 - Embarazo (por ejemplo, tasa de concepción)
 - Aborto (por ejemplo, tasa de abortos)
 - Aborto inseguro (por ejemplo, hospitalización por complicaciones)
 - Experiencia de infertilidad (por ejemplo, no lograr un embarazo después de 12 meses de intentarlo) (medidas objetivas y autoinformadas)
- Violencia de pareja:
 - Violencia sexual
 - Violencia física
 - Violencia emocional (objetiva, por ejemplo, ingresos hospitalarios y medidas autoinformadas)
- Bienestar físico:
 - Medidas validadas de la calidad de vida relacionada con la salud
 - Salud psicológica relacionada con la experiencia del abuso (por ejemplo, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático)

Solo para poblaciones adolescentes:

- Cualquier medida de conocimientos o actitudes relacionadas con lo siguiente:
 - Prevención y/o tratamiento de ITS
 - Anticoncepción/planificación familiar:
 - Examen de detección de cáncer cervical:
 - Violencia sexual
 - Vacuna contra el VPH
 - Pubertad

Resultados secundarios

- Experiencia:
 - Aceptación y satisfacción de pacientes/personas usuarias con la intervención (entre quienes recibieron la intervención)
- Sostenibilidad:
 - Uso de recursos, incluido el costo para el sistema (por ejemplo, recursos humanos, tiempo, suministros y equipos)

Anexo 5: ICD comunes de captación de la persona usuaria para el éxito de las ISD

Análisis de sitios web y aplicaciones (32)	
Número de personas usuarias, de páginas vistas y de sesiones	- Métricas más comunes utilizadas para indicar el tráfico en la plataforma digital. - Muestra el número de personas que han visitado el sitio web o la aplicación durante un período de tiempo determinado, y también puede utilizarse para mostrar si los cambios en el sitio web (es decir, un nuevo diseño, una campaña de publicidad en línea, etc.) están funcionando como se esperaba. - Google Analytics es la herramienta de software de análisis gratuita más completa disponible.
Visitantes únicos	Muestra a cuántas personas su sitio web llega realmente.
Personas visitantes nuevas vs. recurrentes	Si la métrica de personas visitantes que regresan es más alta que la de personas usuarias nuevas, esto podría ser una señal de que tiene un grupo de seguidores leales.
Número de páginas/sesión	Otra forma de medir el interés por su contenido.
Número de sesiones/persona usuaria	Otra forma de medir el interés por sus contenidos..
Duración promedio de la sesión	- Tiempo total de permanencia en el sitio web o la aplicación: registra toda la actividad que una persona visitante ha completado durante un período de tiempo determinado. - Debe tener en cuenta la experiencia general de la persona usuaria en su sitio. Esto incluye: - La variedad y el valor del contenido de su sitio. - Facilidad de navegación en su sitio y experiencia de la persona usuaria. - Claros llamados a la acción (CTA, por las siglas en inglés de Call to Action).

Tasa de rebote %	- La tasa de rebote es inversamente proporcional a la duración promedio de la sesión; a medida que la tasa de rebote aumenta, la duración promedio de la sesión disminuye. - La tasa de rebote es el porcentaje de visitantes de un sitio web que salen después de solo haber visto una página. La tasa de rebote da una indicación de la calidad de su contenido, porque si la gente se va sin realizar ninguna acción, entonces su contenido no está haciendo su trabajo. - Es preferible una tasa de rebote baja (entre el 10 % y el 40 %). - La gente puede rebotar por varias razones: - Su llamada a la acción/oferta no es clara. - Su contenido/oferta no es lo que esperaban. - Se aburririeron. - No está ofreciendo algo diferente.
Tasa de conversión	- La tasa de conversión es el porcentaje de visitantes del sitio web que completan las acciones deseadas, como: - Comprar alguno de sus productos o servicios. - Contactar a su empresa/enviar un formulario. - Interactuar con su sitio web de alguna manera. - Una alta tasa de conversión le indica que sus tácticas de mercadeo son efectivas porque dieron como resultado que quienes visitaron su sitio web o aplicación completarán su objetivo final.
Tasa de abandono %	El porcentaje de personas usuarias que cierran o abandonan las ISD antes de completar una tarea prevista.

Análisis de las redes sociales [\(44, 45\)](#)

Alcanzar los ICD	- Número de seguidores - Número de impresiones - Tasa de crecimiento de la audiencia - Número de nuevos seguidores dividido por el número total de seguidores - Alcance - Número de visualizaciones de publicaciones, dividido por el total de seguidores - Alcance potencial - Número de menciones multiplicado por los seguidores de la cuenta que lo ha mencionado - Número de menciones de la marca (a través de Google Alerts)
------------------	---

ICD de captación	• Número de Me gusta • Número de acciones • Número de comentarios • Número de elementos guardados • Número de mensajes directos • Número de menciones (etiquetadas o no) • Número de clics en CTA • Número de clics • Número de visitas al perfil • Número de respuestas • Número de retuits • Número de tuits citados
Tasa de captación	• La mayoría de las personas expertas en mercadeo en redes sociales están de acuerdo en que una buena tasa de captación está entre el 1 % y el 5 %. • Tasa de captación por alcance = $\text{Total de captaciones por publicación} / \text{alcance por publicación} * 100$ ▪ Tasa de captación por alcance promedio = $\text{Tasa de captación por alcance total} / \text{Total de publicaciones}$ • Tasa de captación por publicaciones = $\text{Total de captaciones en una publicación} / \text{Total de seguidores} * 100$ ▪ Tasa de captación por publicaciones media por publicación = $\text{Tasa de captación por publicaciones total por publicación} / \text{Total de publicaciones}$ • Tasa de captación por impresiones = $\text{Total de captaciones en una publicación} / \text{Total de impresiones} * 100$ ▪ Tasa de captación media por impresiones = $\text{Tasa de captación total por impresiones} / \text{Total de publicaciones}$ • Tasa de captación diaria = $\text{Total de captaciones en un día} / \text{Total de seguidores} * 100$ ▪ Tasa de captación diaria media = $\text{Total de captaciones en X días} / (\text{*seguidores por X días}) * 100$
ICD de conversión	• Tasa de conversión: el número de personas usuarias que realizan las acciones indicadas en sus CTA en las redes sociales (visitar el sitio web/descargar la aplicación, suscribirse a una lista de correo, realizar una compra, etc.) • Conversiones divididas por el total de clics • Proporción de clics La proporción de clics es el porcentaje de personas que han visto tu publicación y han hecho clic en el CTA incluido. Esto permite saber si su contenido capta la atención de su público y le inspira a actuar. ▪ $\text{total de clics dividido por el total de impresiones multiplicado por 100}$

Métricas de las campañas de SMS (46)

Tasa de interacción	• Cuántas personas usuarias actuaron después de recibir el mensaje de texto. • Total de clics dividido por los mensajes entregados
Tasa de entrega	• Para saber si los textos llegan a su destino con éxito. • número de mensajes entregados dividido por el número total de mensajes enviados
Tasa de cancelación de la suscripción	• Número de <i>opt-outs</i> dividido por el número de suscripciones.
Tasa de conversión	• Número de conversiones dividido por el número de mensajes enviados.
Tasa de crecimiento de la lista	• Nuevas suscripciones menos las cancelaciones, dividido por el total de suscripciones.
Costo de adquisición de personas usuarias	• Es el gasto necesario para conseguir una nueva persona usuaria. • Gastos totales de la campaña divididos por las nuevas suscripciones

Líneas directas y centros de llamadas/mensajería (48)

Experiencia de la persona usuaria	- Resolución del primer contacto: - controla el número de veces que un agente ha resuelto con éxito el problema de la persona usuaria sin necesidad de devolver la llamada o hacer un seguimiento. - Puntuación de la satisfacción de la persona usuaria (CSAT, por las siglas en inglés de Client SATisfaction), por ejemplo: - Muy satisfactorio, Satisfactorio, Insatisfactorio, Muy insatisfactorio - Puntuación del esfuerzo de la persona usuaria (CES, por las siglas en inglés de Client Effort Score) "En una escala de 1 a 7 (7 significa Muy de acuerdo y 1 Muy en desacuerdo), ¿el servicio le facilitó la solución de su problema?" - Net Promoter Scores (NPS) "¿Qué probabilidad hay de que recomiende a este agente o empresa?" - La puntuación se basa en una escala móvil, en la que 9 y 10 son promotores, de 7 a 8 son pasivos y de 0 a 6 se califican como detractores. - El NPS se obtiene restando el porcentaje de detractores de los promotores. Una puntuación superior a 50 se considera aceptable.
Productividad de los agentes	- Tiempo promedio de manipulación - Tasa de utilización de agentes - Velocidad promedio de respuesta
Inicio de la llamada	- Tiempo de primera respuesta - Porcentaje de llamadas bloqueadas - Tasa promedio de abandono de llamadas
Operaciones del centro de llamadas	- Llamadas atendidas - Costo por llamada - Tasa de llegada de llamadas - Tráfico en hora pico - Duración promedio de las llamadas - Edad promedio de la consulta - Mensajería de devolución de llamada - Repetición de llamadas