NOVARA
CONSULTING GROUP

This document was translated from English by machine and may contain mistakes. The English original is at https://www.novaracg.com/2026/05/03/when-access-becomes-approximation-ai-avatars-clinical-risk-and-the-cost-of-getting-it-wrong/.

Cuando el acceso se convierte en aproximación | Avatares de IA, riesgo clínico y el costo de equivocarse

Heather Grizzle · May 3, 2026

AI sign language avatars are entering urgent care before they meet clinical standards. Where the failure lands, and what readiness should mean.

Contenidos

1. La presencia no es prueba
2. Dónde recae el fallo
3. El marco de evaluación ausente
4. La iteración no tiene margen aquí
5. Recalibrando la preparación
6. Una señal, no un incidente

El momento en sí es ordinario en la superficie. Un paciente entra a urgencias, se registra, pasa por el triaje y se prepara para explicar qué lo llevó allí. Lo que debería ser rutinario se convierte rápidamente en otra cosa. En lugar de una vía de comunicación estable, al paciente se le entrega un sustituto tecnológico que aún no se ha ganado su lugar en esa sala. Se introduce un avatar de lengua de señas como puente. En cuestión de segundos, colapsa bajo el peso de una conversación real. El sistema no puede seguir el ritmo, los matices ni la estructura de la interacción. El paciente lo detiene y cambia de método, no porque las alternativas sean mejores, sino porque al menos son predecibles. La consulta continúa, pero el estándar ya se ha rebajado.

La presencia no es prueba

Aquí es donde la trayectoria actual de la IA en accesibilidad revela su punto más débil. Existe una tendencia creciente a tratar la presencia como prueba. Si una herramienta existe, si puede demostrar resultados en entornos controlados, se asume que está lista para entornos reales. La atención médica desmiente esa suposición de inmediato. La comunicación clínica no es lineal. Es iterativa, estratificada y a menudo fragmentada. Un proveedor avanza rápido, revisa preguntas a mitad de frase, reacciona ante información incompleta y espera que la respuesta mantenga el contexto. Cualquier sistema de comunicación que opere en ese entorno debe hacer más que traducir palabras. Debe sostener el significado a través del tiempo, de las interrupciones y de las condiciones cambiantes. Sin esa continuidad, la interacción comienza a deteriorarse, y una vez que se deteriora, no se recupera limpiamente.

La introducción de avatares de IA en este ámbito, particularmente por organizaciones posicionadas como líderes en infraestructura de accesibilidad como Sorenson, no es solo una evolución tecnológica. Es un cambio en cómo se define y se entrega el acceso. Ese cambio conlleva consecuencias que no se están reconociendo plenamente en las prácticas actuales de implementación. Cuando un proveedor de salud confía en un sistema de comunicación, está asumiendo un compromiso implícito de que el paciente será comprendido y de que el intercambio respaldará la toma de decisiones informadas. Si el sistema no puede alcanzar ese umbral, el fallo no permanece contenido dentro de la herramienta. Se extiende al proceso clínico mismo.

Dónde recae el fallo

Lo que resulta particularmente preocupante no es que la tecnología fallara en un solo caso. Se espera que ocurran fallos en los ciclos de desarrollo. La preocupación es que el sistema se posicionó en un contexto donde el fallo tiene un impacto inmediato. El paciente se ve obligado a compensar. El proveedor procede sin un canal de comunicación validado. La interacción se convierte en un mosaico de comprensión parcial y métodos improvisados. Este no es un resultado neutral. Introduce ambigüedad en entornos que requieren precisión. Altera las condiciones bajo las cuales se presta la atención.

El marco de evaluación ausente

Actualmente no existe un marco coherente que regule cómo se evalúan estos sistemas antes de entrar en uso clínico. No hay parámetros de referencia universalmente adoptados para la precisión de la lengua de señas en escenarios médicos en tiempo real. No existen métodos estandarizados para probar si un avatar puede mantener el contexto a lo largo de toda una interacción con el paciente, desde el ingreso hasta el alta. No hay una taxonomía clara que distinga entre los diferentes tipos de sistemas de avatares, lo cual lleva a decisiones de adquisición basadas en similitudes superficiales en lugar de capacidades funcionales. En ausencia de estas estructuras, las decisiones de implementación se están tomando con información incompleta, y los riesgos asociados con esas decisiones se absorben en el punto de atención.

Desde una perspectiva de gobernanza, aquí es donde el fallo se vuelve estructural. El problema no es que esté ocurriendo innovación. El problema es que la secuencia está desalineada. Los sistemas se están introduciendo en entornos de alto riesgo antes de que se establezcan las condiciones para un uso seguro. La carga de ese desajuste no recae en los desarrolladores ni en los proveedores. Recae en el paciente, que debe sortear la brecha entre lo que se prometió y lo que realmente funciona en el momento.

La iteración no tiene margen aquí

El argumento de que esto es parte de una transición inevitable no se sostiene cuando se examina desde una perspectiva clínica. La iteración pertenece a entornos controlados donde las variables pueden aislarse y los resultados pueden medirse sin consecuencias. La atención médica no ofrece ese margen. Cada interacción tiene peso. Cada intercambio contribuye a una cadena de decisiones que afectan el diagnóstico, el tratamiento y la autonomía del paciente. Introducir inestabilidad en esa cadena no es un paso adelante. Es una redistribución del riesgo.

El propio concepto de accesibilidad comienza a erosionarse bajo estas condiciones. La accesibilidad no está definida por la presencia de una herramienta, ni por la intención detrás de su uso. Está definida por si la persona puede participar de manera plena y precisa en la interacción. Si el sistema no puede sostener

> Lo que surge en cambio es una forma de aproximación que imita el acceso sin llegar a proporcionarlo.

esa participación de forma consistente, no cumple con el estándar, sin importar lo avanzado que parezca de forma aislada. Lo que surge en cambio es una forma de aproximación que imita el acceso sin llegar a proporcionarlo.

Recalibrando la preparación

El camino a seguir requiere recalibrar cómo se determina la preparación. Los sistemas de avatares de IA deben someterse a procesos de validación que reflejen los entornos en los que se utilizarán. Esto incluye pruebas de interacción sostenida, análisis de retención de contexto y evaluación basada en escenarios dentro de los flujos de trabajo clínicos. Debe haber transparencia en cómo operan estos sistemas, incluida una divulgación clara de cuándo se está utilizando IA en lugar de interpretación humana. Y lo más importante, debe haber umbrales exigibles que definan cuándo un sistema es apto para su implementación y cuándo debe permanecer en desarrollo.

> **HASTA QUE ESAS CONDICIONES ESTÉN EN SU LUGAR**
>
> El uso de avatares de IA en la atención médica debería limitarse a aplicaciones controladas y de bajo riesgo donde el fallo no comprometa la integridad de la interacción. Cualquier cosa más allá de eso introduce incertidumbre en un sistema que depende de la claridad.

Una señal, no un incidente

La visita a urgencias no es un incidente aislado. Es una señal. Refleja un patrón más amplio en el que la innovación está superando a las estructuras diseñadas para gestionarla. Cerrar esa brecha no es cuestión de frenar el progreso. Es cuestión de alinearlo con las realidades de los entornos a los que pretende servir.

La comunicación en la atención médica no es una característica que pueda optimizarse con el tiempo. Es un componente fundamental de la prestación de cuidados. Cuando ese fundamento es inestable, los efectos son inmediatos y de gran alcance. La decisión de implementar un sistema que aún no puede sostener ese fundamento no es simplemente prematura. Es evitable.

Ese es el punto en el que la gobernanza debe intervenir.

TIPS

Know something about a sign language AI system that the public should know? Send it to tips@novaracg.com. Every tip is read by me and kept confidential. If you work in the UK, writing to us is not by itself a protected disclosure under the Public Interest Disclosure Act 1998, so before you share employer information, check your options with Protect (protect-advice.org.uk), the free whistleblowing advice line.

SUPPORT NCG

NCG does this work without vendor money, so our findings stay ours. If it has been useful to you, you can support NCG's independent work here. NCG is a for-profit company, not a charity. Contributions are not tax-deductible and buy no service or influence.

Cómo citar

Grizzle, H. M. (2026, May 3). Cuando el acceso se convierte en aproximación | Avatares de IA, riesgo clínico y el costo de equivocarse. Novara Consulting Group. https://www.novaracg.com/es/2026/05/03/when-access-becomes-approximation-ai-avatars-clinical-risk-and-the-cost-of-getting-it-wrong/